b.

DES

Tumeurs polypoïdes du Méat urinaire

CHEZ LA FEMME

PAR

Le Docteur J. DUVERGEY

INTERNE DES HOPITAUX

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE :

Mention très honorable 1897 ; Prix (Médaille d'argent) 1899.

LAURÉAT DES HOPITAUX :

Médaille d'argent 1899 ; Médaille de vermeil 1900 ; Médaille de vermeil 1902.

Prix Delord 1901.

MEMBRE ET ANCIEN SECRÉTAIRE DE LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

DE BORDEAUX

LAURÉAT DE CETTE SOCIÉTÉ (*Premier prix 1900*).



BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI — PAUL CASSIGNOL

91 — RUE PORTE-DIJEAUX — 91

1902

DES

Tumeurs polypoïdes du Méat urinaire

CHEZ LA FEMME

PAR

Le Docteur J. DUVERGEY

INTERNE DES HOPITAUX

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE :

Mention très honorable 1897 ; Prix (Médaille d'argent) 1899.

LAURÉAT DES HOPITAUX :

Médaille d'argent 1899 ; Médaille de vermeil 1900 ; Médaille de vermeil 1902.

Prix Delord 1901.

MEMBRE ET ANCIEN SECRÉTAIRE DE LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

LAURÉAT DE CETTE SOCIÉTÉ (*Premier prix 1900*).



BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI — PAUL CASSIGNOL

91 — RUE PORTE-DIJEAUX — 91

1902

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIÉCHAUD

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Vous m'avez toujours aidé de vos bienveillants conseils. Dans maintes occasions vous nous avez fait preuve de tout votre dévouement. Pour toutes ces hautes marques d'intérêt, je vous exprime ici toute ma reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARNOZAN

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Mon cher Maître,

Merci de vos savantes leçons, de vos précieux conseils et de vos réconfortants exemples. L'année passée auprès de vous a coulé trop vite ; mais elle m'a permis d'apprécier le savant modeste et l'homme de cœur.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR LANELONGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE BORDEAUX

Mon cher Maître,

A la fin de quatre années, passées dans votre service hospitalier, il m'est un devoir bien doux de vous dire ici toute ma reconnaissance. Mon éducation chirurgicale s'est faite tout entière à vos leçons magistrales pleines de science : votre précision dans le diagnostic, votre sûreté dans l'intervention ont frappé mon esprit, autant que votre dévouement professionnel a touché mon cœur. Vous me faites aujourd'hui l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Après tant de marques d'affectueuse sympathie, permettez-moi, mon cher Maître, de vous adresser l'expression de ma vive gratitude et de mon entier dévouement.

En terminant notre vie d'étudiant, il est un devoir bien doux pour nous de remercier ici tous ceux qui nous ont témoigné pendant le cours de nos études quelque intérêt et quelque affection.

Nous remercions de tout cœur M. le Dr Dubourg, chez lequel nous avons passé quelques mois trop courts, comme stagiaire ; MM. les Prof. Lanelongue et Arnozan, chez lesquels se sont écoulées notre quatre années d'internat ; nous unissons ces deux chers maîtres dans un même sentiment d'affection et de reconnaissance.

MM. les Prof. agrégés Villar et Chavannaz ont droit à toute notre gratitude pour la bienveillance qu'ils nous ont montrée lorsqu'ils remplaçaient pendant les vacances M. le Prof. Lanelongue.

M. le Prof. Coÿne a bien voulu nous ouvrir les portes de son laboratoire, qu'il reçoive ici tous nos remerciements.

Pendant deux ans, nous avons pu apprécier le talent et la bonté de notre chef de clinique M. le Dr de Boucaud, la sincère amitié de M. le Dr Capdepon, chef de clinique chirurgicale ; nous les assurons tous les deux de notre reconnaissance. Nous n'oublierons jamais non plus notre médecin résidant M. le Dr Micheleau, pour toutes les marques d'intérêt qu'il nous a données.

Merci à tous ceux qui nous ont aidé dans l'élaboration de ce modeste travail.

Merci à nos maîtres, M. le Prof. Boursier, MM. les Prof. agrégés Pousson et Sabrazès, M. le Dr Verdelet, chirurgien des Hôpitaux.

Merci à nos excellents camarades, M. le Dr Rocher, chef de clinique chirurgicale des maladies des enfants ; MM. Roche, Rabère et Chaigneau, internes des Hôpitaux.

INTRODUCTION

Nous avons eu la bonne fortune d'observer dans le service de notre maître M. le Prof. Lanelongue, plusieurs malades atteintes de polypes de l'urètre.

Les opinions contradictoires des auteurs à leur endroit, certains points ignorés de leur histoire nous ont amené à faire quelques recherches personnelles à ce sujet.

C'est le résultat des travaux anatomiques et cliniques entrepris par nous que nous consignons dans cette thèse.

Avant d'entrer dans le cœur de notre sujet, nous voulons d'abord exposer les raisons pour lesquelles nous avons intitulé ce travail : Des tumeurs polypoïdes du méat.

Nous aurions, certes, pu parler des polypes du méat, nous dira-t-on, et le terme eût été plus simple.

Il semble, pensons-nous, qu'en parlant de polypes on préjuge déjà de leurs caractères anatomiques et que l'on fasse de leur pédiculisation la propriété qui les distingue et les classe. Or rien ne serait plus faux qu'une telle opinion. On ferait ainsi d'un état de passage, du terme de leur développement, leur manière d'être habituelle et on restreindrait singulièrement la notion que le terme polype représente en réalité. C'était là l'opinion de Gosselin qui, en 1876, dans la *Gazette des Hôpitaux,* faisait remarquer qu'en parlant de polype on se servait d'un mauvais terme. « Ce mot, disait-il, » implique un état de pédiculisation complet, or dans la » pratique on rencontre des tumeurs sessiles que l'on dé- » nomme polypes. Il vaudrait mieux employer l'expression » générique de tumeurs polypoïdes ». Et, à ce sujet, il rappelle l'exemple que fournissent les tumeurs fibreuses de la base du crâne, que Nélaton voulait dénommer fibromes de la base du crâne, et auxquelles est resté rattaché le terme moins large de polypes naso-pharyngiens.

Le terme de tumeurs polypoïdes, au contraire, offre à l'esprit des limites plus larges; sous cette expression, peuvent se réunir, sans qu'elle soit faussée, des entités anatomiques toutes différentes les unes des autres et à leur stade d'évolution quelconque, depuis leur naissance jusqu'à leur complet développement, c'est-à-dire à leur pédiculisation complète plus ou moins tardive.

En nous mettant à couvert sous cette dénomination générale nous ne serons plus atteint par cette critique de Terrillon, qui écrivait, en 1880, dans le *Progrès médical :* « Les noms variés avec lesquels on a essayé de caractériser » les tumeurs du méat prouvent qu'on n'est pas fixé sur leur » nature et leur signification. »

On avait alors le tort de parler tour à tour de caroncules ou de polypes d'après les dénominations de von Antal et de Hunter, suivant la présence ou l'absence de pédicule, de polypes muqueux, d'hémorroïdes urétrales, de polypes vasculaires, de papillomes. Nous voulons envelopper toutes ces formations diverses dans l'expression générique de tumeurs polypoïdes et ne faire de la pédiculisation que le point ultime de leur développement.

Aussi laisserons-nous de côté, comme un élément accessoire, le fait de la pédiculisation, tout en lui accordant la place qu'il mérite; il ne faudra donc pas s'étonner de voir entrer dans le cadre de notre sujet des formations qu'on n'est pas habitué à y voir : toutes les tumeurs encapsulées pouvant se pédiculiser au niveau de l'urètre.

Notre étude comprendra différentes parties :

I. — L'historique.

II. — L'anatomie pathologique.

III. — L'étiologie et la pathogénie.

IV. — La symptomatologie.

V. — La marche et les complications.

VI. — Le diagnostic et le pronostic.

VII. — Le traitement.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Pendant fort longtemps, ces tumeurs sont passées inaperçues; leur existence paraît signalée pour la première fois par Ambroise Paré, qui les appelle carnosités de l'urètre. Elles sont décrites sommairement en 1767 par Morgagni dans plusieurs de ses lettres : il parle en effet à cette époque d'une excroissance triangulaire, siégeant au niveau du méat d'une vieille femme qu'il disséquait. Solingen, Horn un peu plus tard parlent de procidence du méat, sans insister d'ailleurs. Clarke et Petit les signalèrent, le premier sous le nom de tumeurs vasculaires du méat, le second sous celui de fongosités. Desault en fit également mention dans ses leçons.

La première observation sérieuse est due à Boyer ; elle est rapportée dans la *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1836.

Jusqu'à l'année 1850, la clinique n'a été contrôlée par aucun examen anatomo-pathologique sérieux; aussi n'a-t-on de leur structure et de leur pathogénie aucune idée très nette. Seuls, Clarke, dès 1814, avait déjà nommé ces tumeurs « vascular tumour », et en 1844, Bavoux, dans sa thèse, sur l'inspiration de Schützenberger, insiste sur leur nature vasculaire.

A partir de l'année 1850, les études anatomo-pathologiques commencent à prendre une importance qu'elles n'avaient pas autrefois. Un grand nombre d'auteurs s'occupent tour à tour de la question, et chacun émet sur elle une opinion

personnelle, à laquelle se rallient d'autres praticiens. Afin d'exposer plus facilement ces différentes théories, nous les ramènerons à trois :

1° La première en date a été formulée par Verneuil qui, en 1855, à la Société de biologie, rapporte l'examen histologique d'un polype, enlevé par Gosselin. Il généralisa son observation et émit l'idée que les tumeurs du méat féminin étaient des polypes papillaires plus ou moins riches en vaisseaux. En 1865, à propos d'une présentation de Giraldès à la Société de chirurgie de Paris, Verneuil affirme de nouveau ses idées et ajoute que les tumeurs qu'il a étudiées ne doivent cependant pas toujours leur existence à des hypertrophies papillaires, mais bien encore à une hypertrophie de la muqueuse entière et à un prolapsus de cette membrane. Trélat, en 1875, soutient également que les tumeurs de l'urètre sont des hypertrophies papillaires. C'est là encore l'opinion de Churchill et Queckett.

2° Les auteurs précédents avaient sans doute insisté sur la nature vasculaire des tumeurs qu'ils avaient observées, mais ils avaient donné une importance toute secondaire à cette vascularisation. Virchow regarde ces tumeurs comme le type des tumeurs vasculaires, il les dit composées d'un tissu conjonctif pourvu de vaisseaux abondants et sinueux. Weld émet les mêmes idées. Hutchinson croit pouvoir affirmer que la plupart des polypes de l'urètre sont des hémorroïdes :

« Celles de ces tumeurs, dit-il en parlant des tumeurs » vasculaires du méat urinaire, qui ont une large base, res» semblent dans tous leurs détails à l'espèce d'hémorroïdes » la plus vasculaire. Par leur mode d'origine et leur nature, » ces tumeurs sont probablement analogues, en tenant » compte bien entendu des nuances qui résultent de la diffé» rence de leur siège. »

Richet adopte cette idée et la généralise. Il met en doute l'existence des papillomes, et pour lui toutes ces tumeurs sont l'analogue des hémorroïdes rectales. En 1872, il fait

une leçon pour montrer que toutes les tumeurs « dites polypes de l'urètre » sont des varices recouvertes par les plis de la muqueuse hypertrophiée. Blum, en 1877, dans une étude sur les tumeurs de l'urètre chez la femme, paraît admettre l'opinion de Richet : « Ces tumeurs, dit-il, à leur début, semblent constituées par des gonflements veineux qui poussent la muqueuse au-devant d'eux, en allongent les plis et forment des nodosités arrondies. Dans une deuxième phase, le tissu conjonctif s'hypertrophie, et cette augmentation de volume semble bien constituer à elle seule la tumeur entière. »

3° Après ces deux ordres de théories, signalons-en un troisième. D'après Morgagni et Horn, il faudrait rattacher ces tumeurs au prolapsus de la muqueuse urétrale. Boyer dit que la membrane interne de l'urètre est susceptible de renversement. Colombat prétend que cette affection est due à un relâchement, à une boursouflure de la muqueuse urétrale, qu'elle se manifeste par une petite tumeur rougeâtre, faisant une saillie plus ou moins considérable en dehors du méat urinaire et qui se distingue du fongus urétral par sa forme régulière, sa réductibilité et surtout par une ouverture centrale qu'on y remarque quelquefois. Courty revient sur les idées de Colombat et y insiste à nouveau. C'est là également l'opinion de Guersant.

Telles sont les trois théories, dans lesquelles se condensent les opinions du grand nombre d'auteurs qui se sont occupés de la question.

Dans ces dernières années, un certain nombre de mémoires, de thèses, de communications, d'observations suivies de commentaires ont été publiés. Les auteurs s'accordent sur le terrain clinique, mais ils varient encore sitôt qu'ils entament le chapitre anatomo-pathologique et pathogénique.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons cru nécessaire, pour introduire un peu d'ordre dans ce chapitre, de le diviser en plusieurs paragraphes.

Nous ferons tout d'abord une étude résumée de la structure anatomique de l'extrémité inférieure de l'urètre; pour cela nous nous aiderons des descriptions faites par les auteurs classiques et des quelques recherches personnelles que nous avons pu faire à ce sujet. Nous jugeons que l'exposition de cette question sera utile à l'étude des tumeurs du méat et qu'elle pourra éclaircir sur plusieurs points leur pathogénie.

Dans un second paragraphe, nous aborderons l'anatomie pathologique proprement dite; au sujet de chaque variété de tumeur, nous procéderons ainsi : nous donnerons d'abord la description des préparations que nous avons faites, en y joignant celles que nous avons trouvées dans la littérature médicale; ensuite, d'après ces pièces et ces préparations, nous ferons une description d'ensemble des lésions du méat, en discutant certaines théories au fur et à mesure qu'elles se présenteront.

Par méat urinaire, nous entendrons toujours la partie de l'urètre qui s'étend du méat lui-même à 2 centimètres au-dessus.

Anatomie de l'extrémité inférieure de l'urètre chez la femme.

L'urètre de la femme n'est en communication qu'avec un seul réservoir : le réservoir de l'urine.

La partie de l'urètre que nous étudions offre à l'étude un conduit cylindrique et un orifice : le méat urinaire.

1° La partie inférieure de ce conduit se trouve située dans le périnée antérieur; en arrière, il repose sur la paroi antérieure du vagin, en avant il répond à l'angle de réunion des racines du clitoris, à la partie antérieure du bulbe, à quelques-uns des faisceaux musculaires du constricteur du vagin.

2° L'orifice ou méat s'ouvre dans le canal vulvaire, à la partie postérieure du vestibule à 2 centimètres en arrière du clitoris, et immédiatement en avant d'une saillie arrondie : le tubercule vaginal antérieur. Sa forme est assez variable; il est tantôt disposé en fente longitudinale, tantôt arrondi ou plus ou moins étoilé. Il est superficiel et très apparent, ou bien plus ou moins enfoncé dans une dépression de la muqueuse, et de ce fait beaucoup moins facile à découvrir. Le plus souvent, tandis que sa demi-circonférence antérieure est unie ou lisse, sa demi-circonférence postérieure se trouve recouverte de rugosités qui, développées, prennent l'aspect d'un amas de végétations irrégulières, masquant plus ou moins le méat. Des deux côtés du méat, en arrière, on voit les orifices des glandes de Skene.

Conformation intérieure. — La surface antérieure de l'urètre nous présente des plis longitudinaux paraissant n'être que le prolongement de l'extrémité du trigone vésical (Henle). La disposition de ces plis est variable; le plus souvent, il n'existe qu'un pli médian, dénommé crête urétrale, variable dans sa hauteur. Il forme à l'entrée de l'urètre une véritable luette, qui se renverse au dehors au moment du passage de l'urine. Quelquefois il existe deux ou trois plis sur cette même face postérieure. Il existe aussi de nombreux

orifices. Les uns conduisent dans des dépressions en cæcum : ce sont les sinus muqueux ou lacunes de Morgagni, simples dépressions de la couche épithéliale dans le chorion. Leur profondeur, variable, mesure de 1 millimètre à 4 millimètres, mais on en rencontre mesurant jusqu'à 20 millimètres. Elles sont surtout développées et nombreuses au niveau et en arrière du méat. Les autres orifices répondent à l'abouchement des glandes, que nous allons décrire plus tard.

Constitution anatomique. — La paroi de l'urètre, chez la femme, se compose de deux tuniques concentriques et régulièrement superposées : 1° une tunique interne muqueuse; 2° une tunique externe musculeuse.

Il n'existe pas chez la femme, comme chez l'homme, de tunique vasculaire distincte : les éléments de cette dernière tunique se trouvant disséminés.

1° *Tunique muqueuse.* — Elle est mince, élastique, assez résistante, doublée sur sa face profonde d'un tissu cellulaire lâche, l'unissant faiblement à la tunique musculeuse, c'est grâce à ce tissu conjonctif sous-muqueux qu'elle se plisse et se déplisse avec tant de facilité.

Histologiquement, la muqueuse urétrale de la femme se compose de deux couches : un épithélium, un chorion muqueux.

A) L'épithélium au niveau du méat est constitué par un épithélium pavimenteux stratifié; plus haut il est formé par un épithélium cubique.

α) L'épithélium pavimenteux stratifié repose sur une membrane basale onduleuse, suivant les ondulations papillaires du derme. Sur cette membrane basale repose une couche de cellules cubiques, au-dessus de laquelle se trouvent plusieurs assises de cellules polyédriques ou en raquette; en allant vers la lumière du canal, elles s'aplatissent, pour subir la transformation cornée au niveau même du méat, pour rester nucléée plus haut. A ce niveau, les papilles sont extrêmement abondantes, et dessinées à tel point, qu'elles font des saillies prononcées dans l'intérieur du canal.

β) L'épithélium cubique est formé par deux ou trois rangées de cellules polyédriques, que surmonte une rangée unique de cellules prismatiques ou pyramidales.

Ces deux variétés d'épithélium se rencontrent à une distance d'environ 1 centimètre du méat en moyenne. Le changement se fait insensiblement d'une forme à l'autre.

B) Le chorion muqueux est riche en fibres élastiques, surmonté de papilles nombreuses et volumineuses dans le voisinage du méat, plus rares au-dessus.

La muqueuse urétrale de la femme nous présente deux ordres de fonctions glandulaires : des follicules et des glandes en grappe.

Les follicules revêtent la forme de petits sacs cylindriques, dont le fond est souvent renflé, quelquefois même divisé en deux ou plusieurs lobes; ils se composent d'une paroi propre, tapissée intérieurement par une ou plusieurs rangées de petites cellules polyédriques.

Les glandes en grappe se composent d'un certain nombre de culs-de-sac réguliers ou irréguliers, aboutissant tous à un canal excréteur commun. Ces glandes forment des séries linéaires disposées parallèlement aux plis muqueux ci-dessus décrits : ce sont les glandes de Skene. Leurs canaux excréteurs, au nombre de deux, trois quelquefois (Schüller), s'abouchent de chaque côté du méat, après avoir cheminé parallèlement à l'urètre, dans l'épaisseur de la couche sous-muqueuse; puis ils deviennent obliques et se terminent par un nombre variable de culs-de-sac glandulaires, qui plongent dans la tunique musculaire, ou même la traversent et sont enfouis dans l'épaisseur du septum urétro-vaginal.

Les acini sont tapissés d'un épithélium cylindrique simple (Almasoff, Klein).

Les canaux excréteurs eux-mêmes sont revêtus d'un épithélium stratifié, à cellules profondes polygonales et à cellules superficielles aplaties.

Ces glandes renferment des concrétions, elles sécrètent un peu de liquide jaunâtre.

On s'accorde actuellement à faire des glandes de Skene les homologues des glandes prostatiques.

2° *Tunique musculeusc.* — Elle est essentiellement constituée par des fibres lisses, qui se disposent sur deux plans : un plan interne de fibres longitudinales; un plan externe de fibres circulaires.

Ces fibres musculaires forment des faisceaux cylindriques très serrés, entre lesquels s'insinuent, sous forme de cloisons, des éléments conjonctifs et élastiques. On trouve également dans leur intervalle des artérioles et de gros vaisseaux veineux très abondants, donnant par endroits l'aspect d'un tissu caverneux.

A cet appareil musculaire lisse de l'urètre s'ajoutent des fibres musculaires striées, qui constituent le sphincter strié de l'urètre.

Disons pour terminer cette étude que Pozzi a voulu démontrer que l'encadrement de l'urètre est comparable à un hymen urétral, qui serait une dépendance de l'hymen vaginal, et qui comme lui aurait une structure caverneuse.

Les *artères* de l'urètre proviennent de la honteuse interne et de la vaginale.

Les *veines* se jettent aux plexus voisins : vulvaire, vaginal, vésical, de Santorini.

Les *nerfs* émanent du honteux interne et du plexus hypogastrique. Ils se terminent dans la muqueuse (filets sensitifs); dans les muscles (filets moteurs), sur les vaisseaux (filets vasculaires).

Anatomie pathologique.

Nous venons de voir qu'il entre dans la constitution du méat urinaire divers éléments :

1° Une muqueuse avec son épithélium et ses glandes ; au-dessous de cet épithélium, un derme avec ses papilles, ses vaisseaux, ses lymphatiques et ses nerfs.

2° Une couche celluleuse riche en vaisseaux.

3° Enfin une musculature importante.

Voilà donc un certain nombre d'éléments anatomiques qui peuvent donner naissance à toute une série de tumeurs. Pour mettre un peu d'ordre dans leur description, nous les classerons en suivant dans le cas particulier les lignes principales de la classification des tumeurs proposées par Cornil et Ranvier.

Nous adopterons donc le plan que nous impose la classification qui suit.

Classification des tumeurs polypoïdes du méat urinaire chez la femme.

Premier groupe. Tumeurs constituées par la muqueuse urétrale elle-même un peu altérée : hypertrophie de la muqueuse; papillomes du méat et végétations ; prolapsus partiel de l'urètre.

Deuxième groupe. Tumeurs formées par du tissu embryonnaire : sarcomes du méat.

Troisième groupe. Tumeurs constituées par les diverses formes du tissu conjonctif : myxomes et polypes muqueux du méat; polypes fibreux.

Quatrième groupe. Tumeurs formées par des tissus complexes et élevés : myomes et fibro-myomes du méat; angiomes du méat ; angéio-adéno-lymphomes du méat ; névromes.

Cinquième groupe. Tumeurs constituées par l'hypertrophie et la transformation de l'élément glandulaire : adénomes et kystes du méat.

Nous éliminons de notre étude les épithéliomas et les carcinomes, qui n'affectent jamais la forme de polype, par le fait même qu'ils ne sont pas encapsulés mais qu'ils diffusent dans tous les tissus voisins.

Si les préparations que nous allons décrire se rapportaient à un type pur de tumeur, nous n'aurions qu'à suivre fidèlement le plan que nous venons de tracer, rien ne serait plus

facile. Mais il n'en est pas ainsi et, comme ailleurs, les tumeurs du méat empruntent leurs caractères histologiques à la fois à plusieurs variétés de tumeurs. C'est dire qu'une telle classification ne peut pas répondre rigoureusement à la réalité des faits. Nous sommes donc obligé de les classer en nous basant sur leurs caractères anatomiques dominants.

Quelle est la proportion des différents types anatomiques que nous venons d'énumérer ? Nous possédons 41 préparations anatomo-pathologiques et 41 diagnostics histologiques. Le tout se répartit ainsi dans les groupes que nous avons indiqués :

I.	1 hypertrophie de la muqueuse	»
	2 papillomes et végétations	5
	3 prolapsus partiels de la muqueuse	4
II.	sarcomes	3
III.	1 polype muqueux	5
	2 polypes fibreux	4
IV.	1 myome et fibro-myome	5
	2 angiomes et tumeurs vasculaires	8
	3 névromes	2
V.	adénomes, kystes	5
	Total	41

Disons que cette statistique n'a pas grande valeur ; en effet, les tumeurs communes et fréquentes comme les polypes vasculaires ou muqueux ne sont ni conservées ni consignées, tandis que des tumeurs exceptionnelles comme les myomes ou les névromes font l'objet de travaux particuliers.

Cela dit, nous allons passer à la description de nos tumeurs.

Premier groupe : Tumeurs constituées par la muqueuse elle-même légèrement altérée.

Nous avons rangé dans cette catégorie l'hypertrophie de la muqueuse, les papillomes et les végétations du méat et enfin le prolapsus partiel de la muqueuse. Ne pouvant classer les différentes formes de papillomes dans le groupe des néoformations épithéliales, nous avons pensé qu'ils représentaient en l'accentuant la disposition normale des papilles dermiques.

1° *HYPERTROPHIE DE LA MUQUEUSE*

L'hypertrophie de la muqueuse consiste dans un épaississement de toutes les tuniques de cette muqueuse, portant principalement sur le bord postérieur du méat urinaire, au niveau de cette crête appelée veru-montanum.

Guérin croit qu'on l'a souvent décrite comme une forme de polypes ; elle occupe la demi-circonférence du méat, qui figure assez bien un croissant à concavité dirigée en avant ; l'hypertrophie peut s'accroître et gagner la demi-circonférence antérieure ; cette lésion, bien étudiée par Clarke, résulterait surtout d'un épaississement du tissu cellulaire péri-urétral, s'accompagnant d'un état variqueux des veines de la paroi postérieure de l'urètre.

Souvent, en examinant des malades pour des lésions utérines, nous avons remarqué l'existence de tumeurs polypoïdes au nombre de deux ou trois, aplaties transversalement, à pédicules transversaux s'insérant sur la paroi postérieure du méat urinaire, suivant une ligne dirigée dans le sens du conduit. Ces tumeurs non douloureuses, recouvertes par une muqueuse urétrale normale comme coloration, consistance, n'étaient pas autre chose qu'une hypertrophie des plis existant normalement à ce niveau et que nous avons étudiés plus haut.

Au point de vue histologique, elles seraient constituées

par deux lames épithéliales présentant tous les caractères que nous connaissons, entre lesquelles serait interposé un tissu conjonctif lâche, plus ou moins riche en vaisseaux.

2° *PAPILLOMES ET VÉGÉTATIONS*

Préparations 1 (Personnelles). Cf l'Obs VI.

(Service de M. le Prof. Boursier.)

Etude macroscopique. — Tumeur du volume d'une lentille, à surface lisse, unie, non villeuse, à pédicule aseez large.

Etude microscopique. — Le revêtement épithélial de la tumeur a un aspect papillaire très accusé ; la périphérie est irrégulière, mamelonnée, anfractueuse, avec des suffusions hémorragiques.

Le corps même de la tumeur est constitué dans les parties superficielles par un tissu angiomateux diffus, bourré de globules rouges et de leucocytes et par du tissu muqueux à cellule rondes et étoilées, également très riches en cellules migratrices ; des fibres conjonctives supportant des vaisseaux à parois assez épaisses, traversent des bandes de tissu muqueux ; on voit des points hémorragiques à la surface, en relation par un canal étroit avec des suffusions sanguines plus profondes et avec des territoires angiomateux.

En résumé il s'agit du polype fibro-muqueux très nettement papillaire, végétant, avec des productions angiomateuses très voisines de la surface et saignantes.

Préparations 2 (Personnelles). Cf l'Obs VI.

(Service de M. le Prof. Boursier.)

Examen macroscopique. — Petite tumeur du volume d'un grain de millet, située à côté de la précédente, et présentant les mêmes caractères.

Examen microscopique. — Les prolongements malpighiens sont très découpés, longs et irréguliers ; les papilles montrent des capillaires, remplis de globules fins et remontant très haut.

Le tissu de ces papilles est constitué par du tissu muqueux, infiltré de tissu lymphoïde avec çà et là quelques leucocytes polynucléés ; entre ces cellules, pas de réticulum ; çà et là quelques fibrilles au voisinage

des vaisseaux. On peut trouver des vaisseaux sanguins à la partie saillante des végétations, en des points où le revêtement épithélial est d'une extrême minceur, où les vaisseaux sont presque à fleur de peau. Un bon nombre de cellules épithéliales sont en dégénérescence, elles sont gonflées par un liquide albumineux (ce liquide s'est coagulé sous l'action des réactifs au centre des vacuoles).

Il s'agit d'un papillome végétant.

Préparations 3 (Personnelles). Cf l'Obs XC.

(Service de M. le Dr Lauga.)

Examen macroscopique. — Petite tumeur du volume d'un grain de millet, de surface très irrégulière, comme veloutée, de coloration grisâtre.

Examen histologique. — Les diverses couches de l'épithélium pavimenteux stratifié ont subi un épaississement considérable ; à la périphérie, elles sont cornées, et cependant les cellules plates qui les composent sont munies d'un noyau ; les papilles sont très minces, traversées soit par un vaisseau sanguin infiltré de leucocytes, soit réduites à une fente de tissu fibro-muqueux ; les couches inférieures de l'épithélium et des papilles sont bourrées de leucocytes agglutinés. Il s'agit en somme d'une végétation typique.

Préparations 4. Cf l'Obs. XLVII.

(*In* Thèse Perrault.)

Tumeur nettement papillaire, revêtue par un épithélium pavimenteux, stratifié, légèrement aminci. Le tissu est constitué par des cellules rondes, nombreuses, très rapprochées et par une substance intercellulaire mucoïde. Il y a très peu de travées conjonctives dans cette tumeur. On y trouve de très nombreux vaisseaux à paroi propre. On ne voit pas sur les coupes (préparées au carmin de Gibber après fixation à l'alcool) de filets nerveux reconnaissables.

Préparations 5. Cf l'Obs. XXXVI.

(Binaud et Chavannaz, *in Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 30 août 1896)

La tumeur est constituée par une végétation de la muqueuse de l'urètre. A la périphérie se trouve une bordure très épaisse d'épithélium

pavimenteux stratifié, qui pousse dans la profondeur du chorion des prolongements volumineux très découpés. Les papilles sont très accusées, la tumeur a par places l'aspect papillomateux.

Le stroma du chorion est constitué par du tissu conjonctif jeune, muqueux, infiltré de cellules embryonnaires, parcouru par de nombreux vaisseaux gorgés de sang et traversé çà et là par des suffusions sanguines récentes ou anciennes.

Il n'existe pas de filets nerveux.

Le point d'implantation est représenté par un repli de la muqueuse très papillaire. On ne trouve pas de glandes dans le corps de cette tumeur.

Les papillomes et les végétations qui en sont un stade plus avancé sont donc formés par une hypertrophie des papilles normales, simples ou composées. Le corps de la papille est constitué par du tissu conjonctif plus ou moins avancé en âge et où, au début, l'abondance des éléments embryonnaires met en évidence le rôle de l'inflammation. Dans ce tissu se développent des anses vasculaires dont le calibre et le nombre sont variables. Sur les papilles, est le revêtement épithélial de l'urètre, qui subit ou non l'évolution cornée. Les nerfs recherchés n'ont pas été trouvés. Nous avons vu dans les descriptions précédentes que ces tumeurs papillaires contiennent des formations muqueuses et angiomateuses ; nous croyons que celles-ci sont secondaires. Le papillome est une tumeur inflammatoire au début ; elle est le siège d'une réaction leucocytaire intense, comme le montrent très nettement les Préparations 3 ; une fois les phénomènes inflammatoires calmés, ces papillomes paraissent subir des transformations muqueuse, fibreuse, ou sont envahis par des vaisseaux de nouvelle formation.

Ces tumeurs sont de volume inégal, elles peuvent atteindre d'assez grandes dimensions, nous en avons vu qui présentaient celles d'un grain de millet ou d'une framboise. Leur coloration est grisâtre ou rosée, leur consistance ferme, leur surface irrégulière, villeuse, parfois creusée de sillons qui la

découpent dans tous les sens jusqu'au niveau même de son pédicule large et court (Obs. XXIX).

3° *PROLAPSUS DE LA MUQUEUSE URÉTRALE*

M. le Prof. agrégé Villar, en 1888, dans un article paru dans la *France médicale*, avait proposé de séparer complètement le prolapsus de l'urètre de toute la classe des polypes. Telle n'est pas l'opinion des auteurs qui se sont occupés de la question :

« Il y a des cas, dit Pozzi dans son *Traité de Gynécologie*, » où la tumeur du méat est plutôt formée par la muqueuse » prolabée que par des polypes distincts. Je ne crois pas que » ces prolapsus de la muqueuse urétrale soient essentielle» ment différents des productions polypoïdes, car ils coïnci» dent toujours avec une augmentation notable de vascula» rité. Il n'y a qu'une question de degré entre le prolapsus et » le polype ». Bien avant Pozzi, Morgagni et Horn pensaient qu'il fallait rattacher les tumeurs de l'urètre au prolapsus de la muqueuse urétrale. C'est là l'opinion de Boyer. Colombat pense que beaucoup des polypes du méat sont dus à un relâchement, à une boursouflure de la muqueuse. Courty revient également sur les idées précédentes.

Nous croyons en effet que certaines formes de la muqueuse urétrale rentrent dans le cadre des formations que nous nous sommes proposé d'étudier.

Sans parler ici du point de vue clinique, qui nous apprend la difficulté possible du diagnostic entre le polype pur en tant que tumeur et le renversement partiel ou total de la muqueuse formant tumeur, sans insister sur la fréquence de polypes surajoutés à un prolapsus, disons qu'au point de vue anatomo-pathologique le prolapsus total de l'urètre, reconnu comme certain cliniquement, ne diffère bien souvent aucunement des différentes formations que nous exposons. D'ailleurs M. Villar a surtout voulu différencier le prolapsus simple, qu'il sépara entièrement du prolapsus

symptomatique que nous envisageons ici ; en cela nous nous rangeons entièrement à sa manière de voir : le prolapsus complet et simple de l'urètre est une entité pathologique qui n'entre pas dans le corps de notre sujet ; seul le prolapsus incomplet, partiel, sera étudié ; lui seul se confond avec les tumeurs du méat. On pourra d'ailleurs en juger par les observations qui suivent.

Préparations 6 (Personnelles). Cf l'Obs. XXVI.

(Service de M. le Prof. Lanelongue.)

Etude macroscopique. — Tumeur du volume d'une noisette, irrégulière; elle est taillée en biseau, de telle façon que la partie de la tumeur correspondant à la face postérieure du méat est beaucoup plus éversée et proéminente que celle qui répond à la partie antérieure.

Etude microscopique. — Elle est constituée par un revêtement épithélial pavimenteux qui se continue avec un long diverticule, sorte de repli, dans lequel se trouvent du sang et du mucus accumulés ; ce repli est revêtu d'un épithélium cubique ou caliciforme, décrivant des sinuosités formant des stratifications avec des poches en cæcum ou tout à fait isolées sur les bords, remplies d'une sécrétion muqueuse ; autour de ce diverticule, on trouve un tissu conjonctif jeune fibrillaire avec des îlots muqueux, des ectasies sanguines, et des formations de tissu caverneux. Sur les coupes, les prolongements inter-papillaires de l'épithélium de revêtement forment des îlots profondément situés.

Préparations 7 (Personnelles). Cf l'Obs. LXXV.

(Service de M. le Prof. Piéchaud.)

Etude macroscopique. — Tumeur du volume d'un noyau de cerise, plus développée au niveau de sa partie postérieure qu'au niveau de sa partie antérieure, à peine saillante ; elle est percée d'un orifice central, par lequel s'écoulait l'urine.

Etude microscopique. — A la périphérie, qui est onduleuse avec des sinuosités profondes çà et là, on trouve un épithélium stratifié (cubique), à cinq ou dix couches de cellules, avec prolongements limitant des papilles. Les stratifications de cet épithélium sont cubiques dans les

couches profondes, polyédriques et plates à la périphérie ; ces cellules plates sont nucléées. Cet épithélium est discontinu ; il s'amincit parfois pour se réduire à une ou deux couches ; il s'épaissit au contraire en d'autres points où son épaisseur atteint 740 μ. Il est des points de la tumeur villeuse avec fins pédicules. Par endroits, ce revêtement épithélial pénètre dans des dépressions très profondes et là subit une transformation de métaplasie, tandis qu'à la périphérie les couches superficielles sont plates. Dans les parties profondes, dans les culs-de sac des anfractuosités, cet épithélium a les caractères de l'épithélium caliciforme. On rencontre également de véritables glandes muqueuses. Parfois les cellules épithéliales forment une palissade avec plateau.

Au-dessous de cet épithélium, se trouve le chorion. Celui-ci est constitué par un tissu muqueux ou conjonctif finement fibrillaire, très jeune, creusé de nombreux capillaires sanguins, parsemé de leucocytes divers.

Dans le corps de la tumeur, existe un certain nombre d'îlots ronds, quelques-uns presque à fleur d'épithélium, constitués par des angiomes caverneux typiques. On compte dans l'étendue d'une préparation sept à huit îlots de ce genre; autour d'eux, le tissu conjonctif fibrillaire s'épaissit un peu.

On trouve aussi des acini glandulaires, au nombre d'une quinzaine, revêtus par sept à huit couches d'un épithélium cubique, devenant caliciforme dans la couche qui regarde la lumière glandulaire ; ces glandes sont agglomérées. A leur centre, on trouve des cellules desquamées et du mucus concrété, voire même des blocs compacts de mucus ; il est des points de la surface où les cellules deviennent plus nombreuses, tassées, formant de véritables infiltrations lymphocytoïdes, masquant le revêtement épithélial.

En outre des îlots angiomateux précédemment signalés, il est des territoires angiomateux diffus, ainsi que des cellules chargées de pigments hématiques çà et là dans les coupes.

Dans d'autres parties de la tumeur, les éléments glandulaires sont en plus grand nombre et l'épithélium de revêtement présente plus d'ondulations et d'exubérance.

Préparations 8. Cf. l'Obs. LXXX (*in* Thèse Pourtier).

Examen macroscopique. — Tumeur du volume d'une noix, présentant des plaques grisâtres et noirâtres. Elle est sessile, elle n'est pas percée à son centre d'un orifice.

Examen histologique. — Cette tumeur est constituée à la périphérie par un revêtement épithélial stratifié, analogue à celui de la muqueuse normale. Le corps de la tumeur est formé par du tissu conjonctif fibrillaire au milieu duquel se trouve un petit nombre de cellules conjonctives, mais qui, vers l'extrémité libre du fragment, est infiltré de cellules rondes assez nombreuses, sans prédominance autour des vaisseaux. Au milieu de ce tissu conjonctif, se trouvent encore de nombreux capillaires à parois embryonnaires. En quelques points, les vaisseaux ont la structure de fines artérioles; ils sont dilatés sur certains points.

Préparations 9. Cf. l'Obs. LXVI (*in* Thèse Pourtier).

Examen macroscopique. — Tumeur du volume d'un œuf de pigeon, à forme polypoïde.

Examen microscopique. — Elle présente deux parties distinctes : un revêtement épithélial, une zone de tissu conjonctif vasculaire, avec foyers hémorragiques, les uns interstitiels, les autres plus avancés en âge, entourés de lamelles fibreuses concentriques. Il existe un grand nombre de cellules embryonnaires. Le revêtement épithélial a subi au niveau des parties saillantes une transformation en épithélium pavimenteux stratifié, aplati, tandis que dans les dépressions il a gardé ses caractères normaux.

Les tumeurs constituées par le prolapsus de l'urètre appartiennent à trois variétés : le prolapsus est complet, il est circulaire; le prolapsus est partiel, il forme une tumeur polypoïde proprement dite, qu'il est quelquefois très difficile de déterminer; enfin le prolapsus est consécutif à un polype proprement dit du méat.

Voyons d'abord quels sont les caractères anatomiques de ces variétés au point de vue macroscopique :

a) Lorsque le prolapsus est total, il affecte la forme d'une tumeur en forme de bourrelet circulaire, parfois d'un volume considérable, atteignant jusqu'aux dimensions d'un œuf de pigeon. Au centre de cette tumeur, existe un orifice qui n'est autre que l'entrée de l'urètre, tandis que sur le pourtour existe un sillon plus ou moins profond, représentant l'orifice primitif normal de l'urètre; le plus souvent, la surface de ces tumeurs est parsemée de taches, de petites ulcérations, de fissures qui donnent issue à du sang. Nous ne parlons de cette variété que pour en déterminer les caractères pouvant nous servir à l'établissement du diagnostic.

b) Lorsque le prolapsus est partiel, une partie de la muqueuse seule tapissant les lèvres du méat est entraînée au dehors. Dans ces conditions, le prolapsus plus ou moins accentué, ayant une tendance à la pédiculisation, forme une véritable tumeur, comparable à un polype proprement dit, ressemblant assez à ce que nous avons décrit précédemment sous le nom de hypertrophie de la muqueuse.

c) Il arrive souvent qu'un polype du méat entraîne secondairement plus ou moins complètement la muqueuse du méat, pour que, à la tumeur déjà existante, il se surajoute un prolapsus secondaire de l'urètre.

Les caractères microscopiques de ces tumeurs se ressemblent : elles sont constituées le plus souvent au début par un adossement de la muqueuse. La partie profonde de l'urètre est attirée à travers le méat, si bien qu'au début de l'affection les épithéliums tapissant ces tumeurs ne sont pas de même nature : en effet, la lame épithéliale externe est constituée par un épithélium dermo-papillaire, tandis que le revêtement épithélial regardant et tapissant la lumière du conduit et de l'orifice urétraux est un épithélium cubique. Plus tard cet épithélium cubique disparaît pour faire place à un épithélium pavimenteux stratifié. Entre ces deux feuillets épithéliaux existe un derme riche en vaisseaux, en éléments inflammatoires et en glandes; au-dessus se trouvent du tissu cellulaire et quelquefois du muscle lisse. Tous ces diffé-

rents éléments sont dans des conditions de suractivité inflammatoire; aussi les voit-on se développer et donner naissance assez rapidement à des formations vasculaires embryonnaires, à des hypersécrétions glandulaires avec dilatations des culs-de-sac sécréteurs, à des réactions leucocytaires intenses pouvant subir plus tard la transformation fibro-muqueuse.

Aussi, à l'examen de pareils tissus, est-il presque impossible de dire si l'on se trouve en présence d'un polype vrai du méat ou d'un prolapsus de l'urètre, tout aussi bien qu'il est difficile d'affirmer cliniquement la nature de la tumeur lorsque le prolapsus ne comprend pas la muqueuse urétrale dans sa totalité et dans sa circonférence. En dehors de ce dernier cas, il ne vaut pas la peine de séparer deux espèces cliniques et anatomiques qui offrent l'une avec l'autre tant de points de ressemblance.

Deuxième groupe : Tumeurs constituées par des tissus embryonnaires.

SARCOMES

Ils ont été signalés en 1888 par Johnston; en 1898 par Marinesco.

Préparations 10 (Ehrendorfer).

Ehrendorfer, rapporté par Orloff, fit l'ablation d'une tumeur chez une femme âgée de cinquante-deux ans; la néoformation était appendue à l'orifice urétral et faisait saillie au dehors en écartant les grandes et petites lèvres; elle était longue de 4 centimètres à gauche, de 8 centimètres à droite et avait de 15 millimètres à 2 centimètres de grosseur. L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes. Le corps de ces cellules était pauvre en protoplasma; le corps pâle, le noyau au contraire fortement coloré et granuleux; entre les cellules, existait un fin réticulum de fibres conjonctives; les vaisseaux, fort nombreux, à parois très minces, étaient sans trace de prolifé-

ration; de grosses veines étaient gonflées. Enfin la tumeur était tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié.

Préparations 11. Cf. l'Obs. LXXXV.

(Thiem, *Annal of the universal medical Sciences*, 1889.)

Tumeur du volume d'une noix, ferme, rattachée à la paroi postérieure du méat.

Elle est constituée par des cellules épithéliales de différentes formes avec un noyau distinct et des cellules conjonctives réunies en groupes; le tout presque encapsulé par un tissu conjonctif abondant à tous les degrés de développement. Les couches les plus propres de l'urètre et de la peau étaient de structure normale. Ces organes ou leurs glandes ne sont pas le point de départ de la tumeur, mais des espèces lymphatiques avec leur endothélium.

Préparations 12. Cf. LXXII (Beigel).

Femme de cinquante ans, présentant tumeur du volume d'une petite noix, ressemblant à un polype implanté sur la face postérieure du méat. L'examen démontre qu'elle est formée de deux couches, l'une interne, serrée d'un tissu à mailles étroites remplies de très petites cellules, l'autre externe, formée de faisceaux plus denses à mailles plus grandes, assez pauvre en cellules; quelques-uns des espaces sont remplis de matière colloïde.

Les sarcomes de l'urètre sont des tumeurs que l'on observe rarement; ils se présentent sous la forme de tumeurs qui peuvent acquérir un certain volume, jusqu'à celui d'une noix; leur surface est lisse, leur consistance généralement ferme; ils paraissent s'implanter de préférence sur la lèvre postérieure du méat.

Microscopiquement, nos trois préparations montrent qu'il s'agit de sarcomes globo-cellulaires, constitués par de petites cellules très abondantes, globuleuses, placées au milieu de mailles conjonctives très lâches. Les vaisseaux, plus ou moins nombreux, n'ont pas de paroi propre. Nous n'avons

pas trouvé d'autres observations de sarcomes du méat dans la littérature médicale. Ces tumeurs, comme les précédentes, sont recouvertes par l'épithélium du méat.

Troisième groupe : Tumeurs constituées par les diverses formes du tissu conjonctif.

Cette classe de tumeurs comprend deux variétés de polypes : les polypes muqueux et les polypes fibreux.

Avant de les décrire, commençons par dire qu'ils sont rares, en tant qu'entité anatomique et que les tissus qui les constituent se trouvent le plus souvent associés à d'autres éléments.

1o *POLYPES MUQUEUX*

Préparations 13 (Personnelles).

Etude macroscopique. — Tumeur du volume d'une petite noisette, de consistance très ferme, élastique, de surface régulière, de coloration jaunâtre ; à la coupe, coque un peu résistante ; une substance jaunâtre, ferme, homogène, la constitue.

Etude microscopique. — La tumeur est recouverte par un épithélium pavimenteux stratifié : celui-ci présente des variations très grandes dans l'épaisseur des couches. Tantôt la couche cornée est très développée ; il est même des points où elle est épidermisée ; les cellules plates ne montrent pas de noyaux, et cela sur une épaisseur assez grande ; les espaces interpapillaires sont inégaux, tantôt s'enfonçant à une profondeur de 20 à 40 μ, tantôt le revêtement épithélial mesure 300 à 400 μ ; entre les cellules épithéliales se trouvent des leucocytes polynucléés insinués, mais en petit nombre.

Au-dessous de ce revêtement épithélial, se trouve un tissu muqueux à cellules rondes, et çà et là à cellules étoilées très nettes ; autour des vaisseaux assez abondamment répandus dans la tumeur, contenant du sang ou de la lymphe, sont accumulées des cellules lymphoïdes parfois en très grand nombre ; ces accumulations lymphocytoïdes sont particulièrement abondantes au centre de la tumeur ; entre elles, pas de réseau

fibrillaire; beaucoup de cellules lymphoïdes sont contenues dans des espaces qui représentent des vaisseaux lymphatiques; on ne trouve pas d'angiomes; il est des points où cette infiltration lymphoïde est telle qu'on se croirait en présence d'une coupe de ganglion avec le réticulum en moins. Il s'agit en somme d'un myxome avec infiltration lymphocytoïde.

Préparations 14 (Personnelles). Cf l'Obs. XXVIII.

(Service de M. le Prof. Pousson.)

Examen macroscopique. — Tumeur du volume d'une petite lentille, aplatie transversalement, appendue à un long pédicule.

Examen histologique. — A la périphérie, la tumeur est constituée par un épithélium pavimenteux stratifié, épaissi çà et là ; le revêtement épithélial du chorion a un aspect papillaire ; l'infiltration leucocytaire est très abondante au niveau et au-dessous de ce revêtement épithélial, masqué en certains points ; à ce niveau les phénomènes inflammatoires sont tels qu'on est en présence d'un véritable tissu de bourgeons charnus avec des points ramollis par la suppuration.

Le corps de la tumeur est formé de tissu conjonctif vaguement fibrillaire et de tissu muqueux abondant à cellules rondes, de nombreux vaisseaux remplis de sang ; quelques-uns présentant des végétations de la tunique interne, parsèment la tumeur. On trouve des lymphatiques bourrés de lymphocytes, toute la trame de la tumeur est du reste envahie par des cellules migratrices. Il s'agit en un mot d'un polype fibromuqueux et papillaire enflammé.

Au niveau du pédicule, on constate la même structure ; l'épithélium est cependant plus mince ; çà et là les tractus conjonctifs sont un peu plus épais.

Préparations 15 (Personnelles). Cf l'Obs. XXVII.

(Service de M. le Prof. Lanelongue.)

Examen macroscopique. — Tumeur du volume d'un gros grain de blé, avec large base d'implantation, recouvert d'une surface lisse et unie.

Examen histologique. — Le revêtement épithélial est très irrégulier

avec des prolongements découpés dans le chorion ; parfois même l'épithélium forme des cryptes, dont la cavité est oblitérée à la superficie. De plus, on voit un épithélium pavimenteux stratifié, plat à la superficie corné, mais avec noyaux. On trouve de plus des îlots de cet épithélium assez profondément dans le chorion, vraisemblablement relié à celui de revêtement vu leur voisinage et l'incidence des coupes.

Le chorion présente assez peu de vaisseaux capillaires sanguins remplis de sang ; il est constitué par du tissu conjonctif à fines fibrilles, avec de très nombreuses cellules fixes ; on ne trouve pas de formations angiomateuses.

Dans la région sous-papillaire existe du tissu muqueux à cellules étoilées çà et là.

En résumé, il s'agit d'un polype fibro-muqueux avec épaississement inégal de l'épithélium pavimenteux.

Préparations 16. Cf l'Obs. LXXVII.

(Dubar, *Bulletin médical du Nord*, 8 nov. 1899.)

Tumeur du volume d'une châtaigne, nettement trilobée par la présence de sillons profonds, appendue à un pédicule du volume d'une plume d'oie. Elle a un aspect villeux et frangé.

Examen histologique.— *a*) Au niveau du pédicule on constate l'existence d'un tissu rougeâtre, formé par du tissu fibreux avec quelques noyaux ; on voit des traînées jaune rougeâtre dues à des faisceaux de fibres musculaires lisses disséminées ; des artères et des veines volumineuses ; absence complète de nerfs.

b) Au niveau de la tumeur proprement dite, au niveau du centre, on observe l'existence d'un tissu fibreux qui devient de moins en moins serré en allant vers la périphérie pour laisser la place à du tissu fibro-myxomateux, dans lequel existe un grand nombre de vaisseaux capillaires dont quelques-uns sont en voie de formation. On aperçoit encore de nombreux îlots de fibres musculaires lisses, coupées en tous sens. Les vaisseaux sont nombreux. Il existe des îlots de tissu embryonnaire tout autour des artères.

A la périphérie, la tumeur est recouverte par un épithélium cylindrique, sous lequel se trouvent une ou deux couches de cellules ovoïdes

(coupe d'épithélium en voie de formation) ; dans certains points de la tumeur, on voit de fines saillies juxtaposées lui donnant un aspect villeux et qui sont formées par du tissu muqueux renfermant des capillaires sanguins. Leur surface est tapissée par l'épithélium cylindrique. En aucun point, on ne rencontre de filets nerveux.

En résumé, il s'agit d'un polype formé par du tissu fibro-myxomateux revêtu d'un épithélium cylindrique.

Préparations 17. Cf l'Obs. XXXVIII.

(Tillaux et Ranvier, *in Traité d'Anatomie topographique.)*

Examen histologique. — A un faible grossissement de 30 D, on voit à la périphérie une couche épithéliale colorée en rose, épaisse et sinueuse, qui limite des papilles de forme variable. Le corps de ces papilles et le centre de la tumeur avec lequel elles se confondent par leur base sont constitués par du tissu muqueux.

A un grossissement de 400 D, l'épithélium pavimenteux stratifié est disposé en couches lamelleuses à la surface et au sommet de la tumeur tandis que vers la partie moyenne et le point d'implantation, au lieu d'être lamelleuses, les cellules sont vésiculeuses et remplies de matière muqueuse. Le tissu muqueux des papilles et le centre de la tumeur contiennent des cellules plates, des cellules lymphatiques et des vaisseaux coupés en travers et en long, complètement organisés vers le sommet de la tumeur et embryonnaire à la base. En résumé, cette tumeur est un polype muqueux papillaire, dont le développement se fait surtout au point d'implantation. Il est probable que l'irritation qui produit ce développement actif existe aussi dans la muqueuse.

Nous voyons donc, d'après les observations précédentes, que les myxomes purs du méat sont rares. Beigel en cite une observation ; il s'agissait d'un tissu myxomateux recouvert par un épithélium semblable à celui du méat urinaire. La plupart des tumeurs de l'urètre, myxomateuses, ne sont pas pures : le myxome se trouvant associé à d'autres formations.

Macroscopiquement, les polypes muqueux se présentent

avec un volume variable qui ne paraît cependant pas dépasser les dimensions d'une noisette ; ils sont recouverts le plus souvent par une muqueuse lisse et unie ; ils ont une consistance ferme ; à la coupe, ils sont plus ou moins constitués par un tissu jaunâtre, d'apparence plus ou moins homogène.

Au microscope, ils sont recouverts par l'épithélium urétral, dont papilles et vaisseaux peuvent avoir un développement plus ou moins accentué ; au-dessous de ce revêtement épithélial se trouve un tissu myxomateux avec cellules étoilées ou rondes. Le plus souvent, il existe une réaction lymphocytoïde plus ou moins accentuée, témoignant de l'apport du système lymphatique dans le développement de ces productions.

2° *POLYPES FIBREUX*

Préparations 18 (Personnelles). Cf l'Obs. XXXV.

(Service de M. le Prof. Lanelongue.)

Etude macroscopique. — Tumeur du volume d'un grain de blé, de forme elliptique, largement pédiculée, de surface très régulière et unie, de consistance ferme et élastique, de coloration grisâtre.

Etude microscopique. — La tumeur est constituée à la périphérie par un épithélium pavimenteux stratifié, d'épaisseur inégale, avec en certains points des sortes de rugosités papillomateuses, sans qu'il existe cependant du tissu corné anucléé à la surface ; ces rugosités ont une épaisseur sept à huit fois plus grande que celle du revêtement lui-même. Ce revêtement est lui-même çà et là décollé, clivé ; ce clivage n'est pas dû à un artifice de la préparation, car il se trouve dans les fentes de ce clivage des exsudats albumineux coagulés.

Le corps de cette tumeur est constitué par du tissu conjonctif jeune, fibrillaire, avec un assez grand nombre de cellules fusiformes. Au voisinage du revêtement épithélial sont disséminés quelques leucocytes polynucléés, on en retrouve également le long des stratifications du revêtement épithélial. De nombreux vaisseaux, sous forme de fentes lymphatiques longues et étroites, parsèment la tumeur. Ça et là quelques capillaires sanguins remplis de sang.

La structure de cette production polypeuse est assez homogène; on ne trouve ni formations angiomateuses, ni amas lymphoïdes : il s'agit donc d'un polype fibreux.

Préparations 19. Cf. l'Obs. XL.

(Rey, *Bulletin médical du Nord*, 1868.)

Examen macroscopique. — Tumeur régulièrement arrondie, ne présentant ni nodosités, ni lobules.

Le revêtement de la tumeur est formé par une couche épithéliale, composée de nombreux strats de cellules pavimenteuses, par un corps muqueux peu coloré, une couche papillaire peu développée et peu vasculaire, et un derme semblable à celui de la peau.

Examen microscopique. — Le corps de cette production est constitué par de nombreuses couches de fibres piriformes étroites, sans noyaux, mais légèrement granuleux. Les couches de fibres n'affectent aucune disposition particulière, parfois séparées les unes des autres par une substance amorphe ou granuleuse, munie parfois de quelques cellules de formation et de noyaux. La portion grisâtre et dénudée de la tumeur est au contraire presque exclusivement formée de noyaux et de cellules de formation; à peine y aperçoit-on çà et là quelques fibres piriformes; elle présente quelques capillaires sanguins à une seule paroi.

Préparations 20. Cf. l'Obs. XL.

(Rey, *Bulletin médical du Nord*, 1868.)

Examen macroscopique. — Tumeur du volume d'une noisette, recouverte d'une membrane muqueuse, irritée et enflammée par plaie ulcérée.

L'*examen microscopique* démontre qu'il s'agit d'un fibrome fasciculé.

Préparations 21. Cf. l'Obs. XLI.

(Témoin, Société anatomique de Paris, 24 mai 1889.)

Examen macroscopique. — Tumeur fibreuse recouverte par la muqueuse urétrale, présentant le volume d'un petit œuf de poule.

L'*examen histologique* démontre qu'il s'agit d'un tissu fibreux fasci-

culé, renfermant quelques fibres musculaires. A ce sujet, M. Thiéry fait remarquer que ces tumeurs peuvent devenir kystiques et simuler des cystocèles vésicales.

D'autres cas ont été signalés par Neudörfer, Henning et Mettenheimer.

Les polypes fibreux se présentent macroscopiquement sous les apparences de tumeurs pouvant atteindre parfois un volume important, de consistance ferme, de coloration grisâtre. Ils sont revêtus par une membrane épithéliale saine; les papilles dermiques ne prennent pas un développement exagéré, pas plus que les vaisseaux.

Le corps de la tumeur est constitué par du tissu fibreux : cellules conjonctives, fibrilles conjonctives, quelques fibres élastiques. Les vaisseaux sont peu nombreux. On ne trouve pas d'éléments glandulaires.

Les polypes fibreux purs sont des tumeurs rares au niveau du méat; le plus souvent, le tissu fibreux coexistant avec d'autres variétés anatomiques, plus particulièrement avec le tissu muqueux.

Quatrième groupe : Tumeurs formées par des tissus complexes et élevés.

Cette classe de tumeurs comprend des formations diverses: des myomes et fibro-myomes; des tumeurs vasculaires; des angéio-adéno-lymphomes ; des névromes.

Nous nous étendrons surtout sur les polypes vasculaires, ceux-ci formant la classe de beaucoup la plus importante et la plus intéressante des tumeurs du méat.

1° *MYOMES ET FIBRO-MYOMES DU MÉAT*

PRÉPARATIONS 22.

(Tillaux, *Ann. de gyn. et obst.*, Paris 1889.)

Macroscopiquement, tumeur du volume d'une noisette, de coloration rosée, ovoïde, lisse à sa surface, de consistance ferme, mais légèrement élastique.

Microscopiquement, il s'agit d'un fibro-myome caractérisé par l'existence d'un tissu fibrillaire parsemé de bandes musculaires lisses, le tout revêtu d'un épithélium dermo-papillaire.

PRÉPARATIONS 23 (Lejars).

Macroscopiquement, tumeur revêtue de la muqueuse urétrale, constituée par un tissu rougeâtre, entourée d'une capsule de tissu conjonctif lâche.

Microscopiquement, à un grossissement de 80 diamètres, on constate :

L'existence d'une couche d'environ 120 à 150 μ d'épaisseur, formée d'une trame serrée de fibres conjonctives séparées par de rares cellules connectives, pourvue de veines volumineuses, revêtues simplement comme parois d'un endothélium qui tapisse les fibres conjonctives, et bourrées d'hématies. Couche riche en fibres élastiques.

Au-dessous, couche fibro-musculaire, formée de faisceaux de tissu conjonctif assez grêles, entrelacés avec des faisceaux de fibres musculaires lisses beaucoup plus volumineux, anastomosés les uns avec les autres et formant à la périphérie de la tumeur un réseau dont les mailles sont parallèles. Quelques rares artérioles ; tissu veineux abondant, bourré de globules, cheminant dans l'épaisseur des travées de fibres lisses et, comme elles, leur direction est parallèle, concentrique à la tumeur.

Une troisième couche, comprenant une faible quantité de tissu conjonctif, des fibres lisses abondantes à peine séparées par quelques fibres conjonctives. Vaisseaux rares. Il s'agit d'un fibro-myome semblable à ceux qu'on observe au niveau de l'utérus.

PRÉPARATIONS 24.

(Rizzoli, *Journ. de Méd. de Bruxelles*, 1875.)

Fibro-myome présentant les mêmes caractères que dans la précédente observation.

PRÉPARATIONS 25.

(Buttner, *Zeits. fur Geburst. und Gyn.* Bd. XXVIII, p. 122.)

Tumeur très peu vasculaire, présentant la constitution d'un myome utérin, avec des fibres musculaires lisses et quelques noyaux allongés concentriques.

PRÉPARATIONS 26. Cf. l'Obs. XLIII.

(Lejars, Leçons de chirurgie, 1893-94.)

Tumeur dure, sessile, présente la constitution d'un fibro-myome.

Les myomes et fibro-myomes de l'urètre sont de dimensions variables, ils naissent dans le tissu cellulaire sous-muqueux, aussi se recouvre-t-il de la muqueuse urétrale dont ils se coiffent. Ils sont d'une consistance dure, ont une surface très unie; leur pédicule est large; à la coupe, ils ont une coloration rougeâtre due à la présence de fibres musculaires qui entrent dans leur constitution.

Ils sont constitués par des lames de fibres musculaires lisses plongées dans un stroma plus ou moins abondant de tissu conjonctivo-élastique. Les vaisseaux sont peu nombreux.

2o *TUMEURS VASCULAIRES DE L'URÈTRE*

En étudiant l'anatomie normale du méat et de la muqueuse qui le tapisse nous avons pu juger de sa vascularisation; nous ne devons pas nous étonner maintenant de ce que les tumeurs vasculaires de cette région soient les plus importantes.

On peut, pour la facilité de la description, faire des subdivisions dans cette grande classe de tumeurs, suivant que l'on est en présence de tumeurs constituées par des vaisseaux adultes et sains ou des vaisseanx malades.

A) TUMEURS CARACTÉRISÉES PAR LA PRÉSENCE DE VAISSEAUX ADULTES SAINS

PRÉPARATIONS 27 (Inédites). Cf l'Obs. XXXIV.

(Service de M. le Prof. Demons; dues à l'obligeance de M. le Dr Verdelet.)

Examen microscopique. — Tumeur du volume d'un pois, de couleur rouge vin, congestionnée, assez résistante au toucher, a la consistance

d'un bourrelet hémorroïdaire ; à elle est accolée une seconde tumeur plus petite.

Examen histologique.— La tumeur est recouverte par un épithélium dermo-papillaire, formé par deux ou trois rangées de cellules polyédriques, que surmonte une rangée unique de cellules prismatiques ou pyramidales. Le centre de la tumeur est formé par un stroma conjonctif lâche, extrêmement riche en vaisseaux normaux. Pas de formations angiomateuses, pas d'amas lymphoïdes. Il s'agit d'un polype vasculaire.

Préparations 28 (Inédites).

(Dues à l'obligeance de M. le Prof. Coyne.)

Tissu fibrillaire dans lequel existent des vaisseaux très abondants ne présentant ni dilatations, ni altérations de leurs parois ; le tout est revêtu par l'épithélium de l'urètre.

Les polypes vasculaires proprement dits, de beaucoup les plus nombreux, sont presque toujours associés à différentes formations.

L'étude macroscopique de cette variété démontre que les tumeurs vasculaires sont de petit volume, quelquefois finement pédiculées, de coloration foncée, rouge vif, tranchant nettement sur la couleur de la muqueuse avoisinante; elles sont de consistance ferme, mais sont délicates, revêtues le plus souvent par une muqueuse fine et transparente; leur surface est unie et lisse.

Histologiquement, elles sont constituées par du tissu conjonctif lâche, pauvre en cellules fixes, parcouru par de très nombreux vaisseaux souvent dilatés, dont la lumière, siège d'une inflammation parfois intense, est gorgée de leucocytes mono et polynucléaires. Les cellules de l'adventice sont entourées d'une zone plus ou moins vaste d'infiltration de cellules plasmatiques, qu'on retrouve en plus gros amas directement au-dessous de la couche basale de l'épithélium; ailleurs, bien qu'isolées, elles sont assez abondantes pour reléguer à l'arrière-plan les cellules fusiformes normales du tissu conjonctif. On voit par endroits quelques amas de cellules rondes. L'épithélium est variable; il est, lorsque la

tumeur se développe au niveau même du méat, pavimenteux stratifié, ses couches les plus inférieures sont en massue; plus rarement cylindrique ou en palissade, tandis que dans les couches moyenne et supérieure, les cellules sont irrégulièrement quadrangulaires, parfois avec des ponts de substance intercellulaire. Quelquefois la couche est cornée, nucléée ou anucléée; dans d'autres points, il existe des croûtes, constituées par des hématies ou des leucocytes. En certains endroits, l'épithélium est le siège d'une immigration d'innombrables leucocytes ou de segmentations nucléaires dans les couches profondes. Lorsque la tumeur s'est développée un peu plus profondément dans l'urètre, l'épithélium qui la recouvre est cylindrique ou cubique et ne comprend que deux ou trois assises cellulaires. Dans le premier cas, il existe des papilles plus ou moins développées, dans le second il n'en existe pas.

Ces épithéliums sont donc tantôt minces, tantôt épais et d'une épaisseur exagérée; au point de vue de la pathogénie de la douleur présentée par les malades, cette constatation anatomique a une certaine importance, les tumeurs à épithélium épais étant généralement peu sensibles, les tumeurs à épithélium mince et délicat étant au contraire douloureuses. Cette règle a cependant bien des exceptions.

Un certain nombre de ces tumeurs vasculaires contiennent des glandes, qui ont des parois composées de trois couches ou même davantage et un canal libre. La couche interne pariétale de ces glandes est composée de cellules cylindriques ou aplaties. Entre les cellules des parois glandulaires immigrent souvent de nombreux leucocytes, tandis qu'au niveau de la couche pariétale la plus externe on voit entre les leucocytes de nombreuses cellules d'engraissement, qu'on retrouve également à l'intérieur de vaisseaux enflammés.

Neuberger a trouvé dans une de ces tumeurs vasculaires enflammées, chez une femme de soixante ans, des gonocoques dans les cavités glandulaires et dans l'épaisseur de

leurs parois, avec d'autres microorganismes au niveau du revêtement extérieur de ces tumeurs.

Les nerfs ont été recherchés, ils n'ont été trouvés par aucun auteur, si ce n'est par John Reid, dans une tumeur extirpée par Simpson.

b) Tumeurs constituées par la présence de vaisseaux malades

Les tumeurs caractérisées par la présence de vaisseaux malades doivent être encore subdivisées en deux catégories : la première comprend des tumeurs renfermant des vaisseaux embryonnaires; la seconde, décrite par un grand nombre d'auteurs, comprend des tumeurs renfermant des vaisseaux adultes ; les premières formations sont des angiomes, les secondes ont été décrites sous le nom d'hémorroïdes.

α) *ANGIOMES DU MÉAT*

Préparations 29 (Personnelles).

(Service de M. le Prof. Pousson.)

La tumeur est constituée :

1o A la périphérie par un épithélium onduleux, formé de plusieurs assises de cellules cylindriques, cubiques, dépourvues de cils vibratiles. Beaucoup de ces cellules, vues à un fort grossissement, ont une forme en raquette. A la surface de ce revêtement épithélial, on voit des corpuscules ronds, extrêmement cohérents, agglutinés, fournis par le protoplasma de l'assise cellulaire la plus superficielle ; au milieu de cet exsudat granuleux, se trouvent des cellules, provenant de cet épithélium desquamé, soit à l'état isolé, soit par groupes de dix cellules agglomérées ; parmi ces cellules épithéliales, il en est qui ont un plateau à la périphérie, mais aucune d'elles n'a la structure typique des cellules caliciformes. Cet épithélium comprend une vingtaine de couches de cellules étroitement unies les unes aux autres ; dans les divers étages de cette stratification, on aperçoit des cellules à protoplasma, creusées d'une lacune, d'une vacuole ; enfin, interposés aux cellules épithéliales se trou-

vent des leucocytes polynucléés, même au niveau du revêtement épithélial.

2° Ce revêtement épithélial est supporté par une membrane basale onduleuse.

3° Le chorion papillaire est formé de tissu conjonctif fibrillaire ou muqueux; il est des papilles très étalées, au sommet desquelles existe un îlot angiomateux, de structure caverneuse ; le sang de ces angiomes contient énormément de leucocytes, presque autant de lymphocytes que de leucocytes polynucléés ; les leucocytes sont inégalement répartis; c'est ainsi qu'il existe des nappes angiomateuses relativement pauvres en leucocytes et d'autres au contraire qui en sont criblées; d'une façon générale, dans les blocs angiomateux anciens, il y a moins de leucocytes que dans ceux qui sont de date récente et en voie de formation et qui sont traversés par des cellules vaso-formatives ; à côté des îlots angiomateux existent des ectasies lymphatiques.

4° Dans la région sous-papillaire, on voit un tissu conjonctif fibrillaire avec des vaisseaux coupés en long et se présentant sous forme de longues fentes vasculaires. Parmi ces vaisseaux, il en est dont l'endothélium est bourgeonnant dans la lumière.

5° Le corps même de cette tumeur est formé de tissu conjonctif à faisceaux ondulés avec des fibres élastiques nombreuses et entrecoupées de productions angiomateuses ; quelques-unes déjà nettement différenciées, d'autres en voie de formation, avec un extraordinaire lacis de cellules vaso-formatives, découpant de multiples vaisseaux sanguins au milieu des lacs d'hématies. Il est des points dans lesquels la masse angiomateuse est traversée par des trabécules de faisceaux fibreux épais. Il en est d'autres formés par du tissu muqueux à cellules rondes, tissu infiltré de leucocytes divers. D'autres enfin ont la structure d'un caillot en voie d'organisation avec un réseau fibrineux.

En résumé, il s'agit d'un angiome en pleine activité de développement avec quelques territoires enflammés, voire même coagulés.

Préparations 30 (Personnelles). Cf l'Obs. LXXIII.

(Service de M. le Prof. Pousson.)

Le revêtement de la tumeur est très irrégulier, celle-ci est rougeâtre, elle s'est considérablement affaissée après l'ablation ; elle renferme de

véritables poches sanguines. Du volume d'une petite noisette, elle a une consistance mollasse ; à la superficie, et en plusieurs de ses points, elle présente un peu de sphacèle.

L'épithélium de surface a les mêmes caractères que ceux qui ont été décrits précédemment.

Les productions angiomateuses se présentent sous forme de blocs ronds ou ovalaires, quelques-uns à contours géographiques, les uns constitués par des ectasies simples capillaires, les autres par un véritable réseau caverneux ; ici, la muqueuse est soulevée par les îlots angiomateux qui occupent les papilles ; on trouve des îlots cernés par un tissu inflammatoire et en voie de coagulation ; le tissu interstitiel est constitué par du tissu conjonctif onduleux, dont les fibres circonscrivent les îlots. Cette tumeur a des contours très découpés, morcelés même. Il s'agit d'un angiome.

Préparations 31. Cf l'Obs. LXXVI.

(Petit, Société anatomique de Paris, 12 juillet 1889.)

Examen macroscopique. — Tumeur du volume d'une noix, d'un rouge vineux, bosselée, de consistance ferme, divisée en deux par une fente transversale et sinueuse, elle présente par places des pertes de substance superficielles recouvertes de sang coagulé.

Examen histologique. — Au-dessous du revêtement pavimenteux de l'urètre, dont les diverticules sont peut-être un peu hypertrophiés, on tombe sur un chorion embryonnaire ou muqueux, semé de vaisseaux adultes dilatés et de vaisseaux embryonnaires semés par groupes, les uns régulièrement calibrés et donnant l'aspect de l'angiome simple, d'autres énormément dilatés, à parois irrégulières, et répondant à l'angiome caverneux. Hémorragies interstitielles en quelques points. La lèvre supérieure de la tumeur la plus mince est en plus grande partie angiomateuse, son pourtour est bordé d'un revêtement pavimenteux, qui pousse dans la tumeur des prolongements épithéliaux semblables à ceux qui partent de l'urètre ; en certains points ce revêtement a cédé et laisse à ciel ouvert le tissu conjonctif ou des vaisseaux néoformés qui, ne trouvant plus de soutien, se sont rupturés au niveau de la tumeur. La lèvre postérieure présente en dehors du chorion muqueux une couche

longitudinale de fibres musculaires lisses, ce qui permet d'affirmer qu'il y a un prolapsus au moins partiel de la muqueuse urétrale. Il est probable qu'un angiome s'est développé sourdement au méat et qu'ensuite cette tumeur s'est ectopiée, entraînant avec elle la muqueuse sous-jacente, dont elle s'est fait un pédicule.

Les angiomes du méat se présentent donc sous la forme de tumeurs parfois volumineuses, de coloration plus ou moins rougeâtre, de surface plus ou moins irrégulière, de consistance plus ou moins résistante. La muqueuse, qui les recouvre, est accidentée; il y a des irrégularités de surface parfois considérables, ces tumeurs pouvant être, comme dans nos observations, creusées de sillons parfois profonds. La surface de ces tumeurs est parfois recouverte de caillots sanguins; elle peut être ulcérée, elle présente aussi assez fréquemment des plaques de sphacèle; nous étudierons plus tard la cause de ces sphacèles.

Anatomiquement, elles sont recouvertes par la muqueuse urétrale: épithélium n'offrant généralement rien d'anormal, chorion papillaire renfermant quelques îlots angiomateux; les tumeurs elles-mêmes sont formées par un tissu de soutien constitué par des fibres conjonctives et élastiques. Sur cette trame conjonctive apparaissent des îlots angiomateux nettement différenciés, d'autres en voie de formation avec un extraordinaire lacis de cellules vaso-formatives. On se trouve en présence d'immenses lacs sanguins remplis d'hématies, de leucocytes représentés autant par les lymphocytes que par les leucocytes polynucléés. Les vaisseaux sains sont très nombreux et très dilatés. L'existence de ces éléments embryonnaires, si abondants dans ces angiomes, explique leur rapidité parfois extraordinaire d'évolution.

Il est un mode anatomique de transformation et de guérison de l'angiome que nous devons signaler ici : je veux parler de la transformation fibreuse.

PRÉPARATIONS 32 (Inédites).

(Dues à l'obligeance de M. le Dr de Boucaud.)

Tumeur fibreuse, parsemée de nombreux vaisseaux, dans laquelle apparaissent à plusieurs endroits, cernés par des lamelles fibreuses concentriques très denses, des îlots angiomateux. Le tout est revêtu d'un épithélium dermo-papillaire. On est en présence d'un angiome en transformation fibreuse à peu près complète.

PRÉPARATIONS 33. Cf l'Obs. LI (Macaigne).

Petite tumeur composée de tissu fibroïde, parsemée de nombreux vaisseaux. Le revêtement épithélial cylindrique est nettement figuré par places avec ses dépressions simples ou ramifiées en glandes.

Les vaisseaux sont nombreux et dilatés, gorgés de sang ; leurs parois minces et fibroïdes. Ils présentent cette particularité d'être disposés par petits groupes, souvent linéaires, rappelant l'aspect des vaisseaux ovariens, c'est-à-dire que la coupe paraît avoir intéressé simultanément une série de flexuosités d'un vaisseau.

Le tissu conjonctif, au milieu duquel plongent les vaisseaux, est formé de faisceaux peu denses, fibrillaires, ondulés surtout au voisinage des vaisseaux ; loin des vaisseaux, il est plus dense et, par places, ce tissu fibreux est parsemé de petits faisceaux de fibres musculaires lisses isolées. La ligne d'implantation du polype est d'un tissu fibreux plus dense. En résumé, il s'agit là d'un angiome en voie d'organisation fibreuse.

Ces faits, signalés en passant, montrent que les polypes de l'urètre angiomateux peuvent subir des transformations et devenir dans un temps plus ou moins éloigné des polypes fibreux.

β) Dans une deuxième subdivision, nous plaçons les tumeurs qui ont été décrites par Hutchinson, Blum, tant d'autres et dont s'est occupé à tant de reprises différentes Richet. Avant de formuler notre opinion, que nous voulons baser sur des faits précis, exposons les idées et les descrip-

tions des défenseurs de cette idée : qu'il existe au niveau du méat de véritables hémorroïdes.

Forget communique en 1851, à la Société de chirurgie, le cas d'une tumeur urétrale d'un rouge violacé, reposant par une large base sur la muqueuse tuméfiée, épaissie, procidente, et formant un bourrelet circulaire, assez analogue, dit-il, à celui qu'on observe à l'anus, lorsqu'il existe des hémorroïdes.

Henry, William Roc, Rizzoli disent les avoir observés.

Lemoine cite le cas d'une femme de soixante-huit ans, qui présentait des hémorroïdes à l'anus coïncidant avec une tumeur de l'urètre et divisée en deux portions.

« Des veines, dit Gross, entourant l'urètre, forment quel-
» quefois une tumeur ovoïde, molle, compressible, dont la
» surface est parcourue par de petits vaisseaux; elles peuvent
» atteindre la grosseur d'une noisette, sont caractérisées par
» un sentiment de plénitude, de tension et de gêne dans la
» position verticale, qui disparaît dans la position hori-
» zontale. »

Richet dans ses *Cliniques* de 1872, de 1893, prétend avoir enlevé pas mal des prétendus polypes du canal de l'urètre; il en a fait et fait faire l'examen histologique et jamais, à sa grande surprise, leur étude ne lui a révélé la structure habituelle des polypes ; il cite ensuite huit cas d'hémorroïdes urétrales dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1872 ; mais aucun examen anatomo-pathologique sérieux n'y est consigné.

Dans toute la littérature des polypes du méat, et en particulier des hémorroïdes urétrales, il n'existe qu'un examen microscopique, qui est rapporté par Wedl; il décrit des ramifications analogues aux vasa corticosa de la choroïde et ajoute :

Préparations 34 (Wedl).

La structure des parois vasculaires est des plus simples, et tout à fait identique à celle des capillaires ordinaires ; le sang s'est épanché par places dans le parenchyme et l'on voit çà et là des mouchetures d'une

couleur bleuâtre dues à du sang coagulé, réunies en assez grande abondance.

Cette description anatomique n'est-elle pas absolument frappante, caractéristique ? Ne nous fait-elle donc pas songer de suite à une lésion que nous avons étudiée tout à l'heure ? Est-ce dans les tumeurs hémorroïdaires que nous retrouvons des vaisseaux « identiques à des capillaires » où « le sang s'est épanché en plein parenchyme » ? Ne nous trouvons-nous pas en présence de ces formations angiomateuses, si fréquentes au niveau du méat et qui ont été méconnues ? Virchow a condamné ces descriptions hémorroïdaires par deux mots bien justes : « Les vaisseaux que l'on trouve dans » les prétendues hémorroïdes ne sont ni épaissis, ni dilatés ». En effet, c'est bien dans l'épaississement des parois vasculaires, dans leurs dilatations irrégulières et ampullaires, que résident les signes pathognomoniques de l'hémorroïde. Or dans les tumeurs décrites sous ce nom, presque toujours, au point de vue macroscopique, il n'existe ni épaississements, ni dilatations de vaisseaux. Nous sommes donc persuadé, sans nier cependant complètement l'existence possible de cette lésion, que les descriptions de ces tumeurs ont mal été interprétées et que l'on a pris pour des hémorroïdes ce qui n'était en réalité que des angiomes. La raison de ce malentendu est facile à expliquer et à comprendre. Les descriptions d'hémorroïdes du méat datent de 1850, de 1870 au plus tard, à une époque où les procédés techniques de préparation et de coloration étaient encore défectueux et insuffisants. En outre, à cette époque, on vivait sur cette idée que les polypes du méat de la femme étaient constitués par des tumeurs papillaires, suivant la théorie de Verneuil et de Trélat, plus ou moins riches en vaisseaux sains. Petit le premier, plus tard, en 1889, décrivait une lésion que l'on ne soupçonnait pas encore avant lui au niveau du méat urinaire, une lésion angiomateuse. Depuis cette époque, aucun des auteurs qui se sont occupés des polypes de l'urètre n'a

signalé l'existence de lésions hémorroïdaires à ce niveau, et s'il les a signalées en passant, ce n'est qu'en en empruntant les descriptions succinctes et macroscopiques aux auteurs anciens.

En résumé, sans que nous rejetions complètement la possibilité de l'existence de la lésion décrite par Hutchinson, nous constatons cependant que les preuves de son existence sont suffisamment douteuses pour ne pas entrer dans le domaine pathologique.

A priori, il est des raisons anatomiques pour lesquelles on pourrait se croire en droit de rejeter cette variété de tumeurs : elles sont fournies par la disposition vasculaire des tissus constituant l'urètre, l'absence des ampoules veineuses sous-muqueuses qui siègent au niveau du rectum, l'absence de veines perforantes.

3° Nous voulons signaler ici pour mémoire et en passant une variété de polypes que l'on pouvait étiqueter angéio et adéno-lymphomes ; nous avons pu observer un cas qui se rapproche de cette variété.

Préparations 35 (Personnelles). Cf l'Obs. LXXIV.

(Dues à l'obligeance de M. le Prof. Pousson.)

A la périphérie, il existe des croûtes hémorragiques, puis un épithélium pavimenteux stratifié par places, en d'autres points le revêtement épithélial manque et on trouve de volumineux foyers hémorragiques pénétrant dans la tumeur ; ailleurs, l'épithélium pavimenteux est dépourvu de couche cornée, ses expansions pénètrent à des profondeurs variables dans le corps de la tumeur et on peut voir des îlots d'épithélium polyédrique, provenant du corps muqueux englobé dans le tissu néoplasique ; presque toujours cependant, un pédicule relie ces îlots à la périphérie.

Au-dessous, se trouve un tissu muqueux, contenant de nombreux vaisseaux lymphatiques, parsemé d'un grand nombre de cellules lymphoïdes ; ces cellules deviennent très denses en certains points, sans cependant former des follicules arrondis à la façon des follicules clos ;

entre elles, existe un réticulum parfois très apparent et fin, qui n'a cependant pas la richesse fibrillaire des ganglions. La tumeur est traversée par des tractus conjonctifs, qui parfois la découpent en îlots irréguliers, remplis de cellules lymphoïdes ; le tissu conjonctif supporte des vaisseaux lymphatiques à parois propres très épaisses, ainsi que quelques vaisseaux sanguins où, à côté d'hématies altérées, se trouvent des leucocytes appartenant à diverses catégories ; en aucun point il n'existe des vaisseaux sans paroi propre ; certaines régions de la tumeur sont plus parfaitement fibro-muqueuses, on y trouve des veinules à parois très épaisses ; à côté des foyers hémorragiques existe en certains points de la fibrine.

En résumé, il s'agit d'un polype, constitué par du tissu fibro-muqueux et surtout par du tissu lymphoïde.

4o *NÉVROMES*

Ce sont là des tumeurs extrêmement rares ; il nous a été impossible de nous en procurer des descriptions anatomiques originales ; il n'existerait que deux cas dans la science : le premier cas serait dû à Simpson, le second à Kennedy ; tous les deux sont cités dans un travail de Zweifel paru dans les *Annales des maladies des femmes*, 1885. Simpson aurait constaté deux petites tumeurs sessiles du méat, implantées sur la lèvre antérieure, semblables à deux noyaux, extrêmement douloureuses ; dans le cas de Kennedy, les tubercules sensibles à l'attouchement ne pouvaient être vus qu'à la loupe.

Cinquième groupe : Tumeurs constituées par l'hypertrophie et la transformation de l'élément glandulaire.

ADÉNOMES ET KYSTES DU MÉAT

Dans sa thèse de 1876 (Paris), Garnier-Mouton rapporte deux observations intéressantes non accompagnées d'examen anatomo-pathologique, mais qui n'en ont pas moins une certaine valeur. Les voici :

PRÉPARATIONS 36 (Garnier-Mouton).

Femme de vingt-huit ans présentant un polype s'implantant sur la paroi postérieure du méat, du volume d'une noisette, de consistance dure, à surface lisse, sans coloration particulière anormale ; il s'écoule au bistouri un liquide noirâtre, poisseux, sans odeur.

PRÉPARATIONS 37. (Garnier-Mouton).

Tumeur du volume d'une noisette, siégeant à l'entrée du méat ; il sort à la ponction un liquide jaune verdâtre visqueux.

Plus tard, des cas analogues étaient signalés, et à leur sujet des recherches anatomo-pathologiques étaient faites.

PRÉPARATIONS 38. Cf l'Obs. XXXVII.

(Troquart et Arnozan, *in Journ. de méd. de Bordeaux,* 1886.)

Examen macroscopique. — Tumeur du volume d'une noisette, de coloration rosée peu différente de celle de la muqueuse avoisinante, rattachée par un large pédicule à la paroi inférieure du méat ; surface arrondie, lisse, sans segmentation prononcée, de consistance faible, saignant un peu.

Examen microscopique. — Il existe dans la tumeur deux cavités principales, visibles à l'œil nu, et quatre ou cinq autres plus petites. Elles sont constituées par une paroi conjonctive, formée de deux ou trois couches concentriques bien distinctes et par un revêtement interne, formé d'un épithélium cylindrique très régulièrement disposé. La paroi présente çà et là, dans les grandes cavités, de petites villosités.

Le tissu intermédiaire à ces kystes est du tissu conjonctif enflammé, parsemé de nombreuses cellules embryonnaires. Les vaisseaux sont nombreux. Il existe par place des culs-de-sac glandulaires constitués comme il est dit précédemment, remplis de mucus qui les dilate. Un certain nombre de vaisseaux à parois embryonnaires se voient, et enfin dans un point où le tissu conjonctif est adulte, fibreux, il est de véritables sinus, formés d'une paroi conjonctive et d'un revêtement endothélial. La tumeur est revêtue par un épithélium stratifié inégalement

épais. Les plus gros kystes mesurent de 3 centimètres à 4 centimètres de diamètre, les petits de 1 millimètre à 2 millimètres.

De Bary a cité un certain nombre de cas de ce genre.

Préparations 39.

(De Bary, *Archiv für pathol. Anat. und Phys.*, Berlin, 1880, CVI, 65.)

La tumeur est formée d'un épithélium pavimenteux de transition à plusieurs assises, les couches les plus profondes de l'épithélium sont constituées par des cellules rondes et polygonales ; au-dessus d'elles existent plusieurs couches de cellules fusiformes ou en massue, enfin l'assise limitant la cavité kystique est formée de cellules en massue, tandis que, dans la partie correspondant à son attache avec l'urètre, les cellules étaient pavimenteuses.

Préparations 40 (de Bary, *Loc. cit.*)

Le kyste est formé d'une membrane conjonctive, à plusieurs couches, dans laquelle on découvre des fibres musculaires. Cette membrane est tapissée par un épithélium stratifié.

Les kystes se développent le plus souvent aux dépens des glandes de Skene ; leur paroi présente un chorion papillaire, elle est tapissée par un épithélium de type urétral, à cellules de trois à dix couches, de forme triangulaire sur une coupe, épithélium d'ailleurs tout semblable à celui que Max Schüller décrivait au niveau des canaux de Skene.

Certaines autres tumeurs au contraire, ainsi que le démontre la description de Troquart et Arnozan, se rapportent au groupe des adénomes lobulés cylindriques dont les culs-de-sac glandulaires deviennent si souvent kystiques, et dont le type est représenté par le kyste de la muqueuse utérine désigné sous le nom d' « œuf de Naboth ». Cornil et Ranvier font remarquer que ces glandes hypertrophiées et la vésicule kystiques forment une petite tumeur, qui souvent se pédiculise et constitue un polype.

Nous avons pu voir que ces tumeurs sont très riches en

épithéliums, aussi peuvent-elles se transformer en tumeur maligne. Les cellules peuvent se multiplier au niveau des culs-de-sac glandulaires et même franchir la membrane basale qui les limite pour donner naissance à un adénome malin, à un épithélioma.

Préparations 41

(Service de M. le Prof. Boursier.)

La tumeur est anfractueuse ; elle est constituée par un épithélium de revêtement pavimenteux stratifié, à prolongements malpighiens ; elle a une structure muqueuse, traversée par de nombreux capillaires lymphatiques ; il existe des foyers de tissu lymphoïde parfois aggloméré sous forme de follicules clos ; les vaisseaux lymphatiques sont, quelques-uns, gorgés de lymphocytes.

Plus profondément, le revêtement épithélial est mixte, il est constitué par des assises de cellules cubiques et des papilles. Çà et là, des glandes muqueuses sont interposées. Les cellules de ces glandes sont en prolifération très nette ; elles arrivent même à former des tubes pleins ; ces glandes muqueuses forment par places de véritables ectasies, elles sont sinueuses. Ces productions glandulaires sont du type adénomateux avec prolifération cellulaire, sans cependant effraction de la basale.

Disons enfin, pour clore ce chapitre, que certains auteurs ont affirmé l'existence de productions polypoïdes qui seraient sous la dépendance d'une lésion diathésique. C'est ainsi que Terrillon a soutenu que les polypes du méat pouvaient être la traduction d'un début de tuberculisation de l'appareil génito-urinaire. Ces idées ne reposent sur aucun examen histologique des productions urétrales ; elles reposent seulement sur la marche de la maladie et les constatations d'autopsie.

Petit a décrit à la Société anatomique de Paris, en janvier 1889, une petite tumeur du méat urinaire taxée de syphilide hypertrophique du méat urinaire,

Nous donnons ici cette observation résumée pour ce qu'elle vaut :

Préparations 42 (Petit).

Syphilis antérieure, non douteuse ; présence au niveau du méat urinaire d'une tumeur bourgeonnante ressemblant à une framboise, qui grossit, d'autres tumeurs apparaissent, couleur maigre de jambon, sessiles, de volume variable, mais ne dépassant pas le volume d'une noisette.

Examen histologique. — Revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié, à cellules aplaties et déformées, présentant des noyaux rétractés ; de ce revêtement partent des colonnes épithéliales interpapillaires, formées au centre de belles cellules polygonales à gros noyaux, à la périphérie de cellules cuboïdes. A la base de la végétation, ces masses épithéliales ont un grand développement et s'enfoncent assez avant dans le derme ; mais déjà en ces points leurs couches profondes sont converties en un tissu embryonnaire qui se confond avec le tissu conjonctif ambiant enflammé. Au sommet de la végétation, l'érosion épithéliale s'accentue, les papilles sont infiltrées de cellules rondes. La trame du tissu conjonctif est lâche, vasculaire, semée de nodules embryonnaires. Pas de cellules géantes, ni de bacilles de Koch. Vaisseaux partout perméables. Diagnostic de syphilide hypertrophique.

Nous en avons fini avec les descriptions de chaque espèce de tumeurs. On le voit, au niveau du méat, on a constaté l'existence de toutes les diverses productions auxquelles pouvaient donner naissance les tissus qui entrent dans la structure de cette région.

Nous voulons terminer ce chapitre, comme nous l'avons commencé : nous avons été obligé de classer nos observations, de décrire ensuite un type de tumeurs en prenant l'élément essentiel constitutif des diverses formations anatomiques. Celles-ci, en effet, présentent rarement un type pur, mais se trouvent constituées par un assemblage de tissus divers.

Toutes les tumeurs du méat urinaire présentent ce point de commun : que toutes, quelles qu'elles soient, sont revêtues

d'un épithélium dermo-papillaire pavimenteux, lorsqu'elles se sont développées primitivement aux dépens du méat lui-même; ou, lorsqu'elles sont nées un peu plus profondément dans l'urètre, sont recouvertes d'un épithélium cylindrique.

Prises dans leur ensemble, les différentes formes de tumeurs les plus fréquentes sont constituées dans leur corps par un tissu conjonctif plus ou moins lâche, qui sert de trame, qui constitue un tissu de soutien à des vaisseaux plus ou moins nombreux et dilatés, vaisseaux sanguins artériels, ou veineux adultes et embryonnaires, vaisseaux lymphatiques Des réactions leucocytaires, des immigrations lymphocytoïdes viennent encore compliquer leur texture, tandis que dans d'autres points on observe du tissu muqueux. Tous ces éléments se trouvent côte à côte, chacun évoluant pour son propre compte plus ou moins rapidement, au détriment de tel autre qu'il étouffe, qu'il fait disparaître, et cela sous l'influence de causes congestives, irritatives, que nous étudierons plus loin. Faisons encore une remarque au sujet de ces tumeurs si complexes : c'est que beaucoup d'entre elles renferment un grand nombre d'éléments embryonnaires, que la plupart sont, par conséquent, des tumeurs en voie d'évolution vers des stades qu'on peut entrevoir.

En présence de ces faits, on ne peut s'empêcher d'établir un parallèle assez juste entre les tumeurs du méat et celles des fosses nasales. Si on ne connaissait pas la provenance des pièces que nous avons étudiées, on s'y tromperait aisément. Les polypes muqueux des cornets avec leurs cellules migratrices, leurs fibrilles conjonctives entrecroisées, leurs vaisseaux abondants, volumineux, en voie de développement, le tissu myxomateux qui entre dans leur constitution ; les fibromes naso-pharyngiens avec leurs faisceaux de fibres parsemées d'éléments cellulaires jeunes, de cellules embryonnaires, de corps fibro-plastiques se rapprochent par un grand nombre de points avec les polypes muqueux, fibreux et vasculaires du méat urinaire de la femme.

On sait aujourd'hui que les polypes des fosses nasales sont dus à une dégénérescence de la muqueuse des fosses nasales; il en est de même pour un certain nombre de polypes de l'urètre de la femme.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE – PATHOGÉNIE

Les tumeurs polypoïdes se montrent à tous les âges de la vie, cependant on les rencontre plus souvent à certaines périodes. Nous avons dressé le tableau suivant, pour donner une idée plus nette de leur apparition, en rapport avec l'âge des malades. Entre les âges de 1 à 80 ans nous avons noté :

Ages.	Nombre.
0 à 10 ans	7
10 à 20 ans	4
20 à 30 ans	20
30 à 40 ans	14
40 à 50 ans	19
50 à 60 ans	20
60 à 70 ans	8
70 à 80 ans	4
Total	96

Il résulte donc très nettement de ce tableau qu'avant l'âge de 20 ans les tumeurs du méat sont relativement rares, et que passé 60 ans, on ne les rencontre plus guère. C'est donc entre l'âge de 20 et de 60 ans qu'elles sont le plus fréquentes; autrement dit, c'est pendant la vie génitale qu'on les observe. Giraldès a observé chez une petite fille de 4 ans deux polypes pédiculés, dont le plus gros avait le volume et la forme d'un marron d'Inde; Rufz a rencontré ces tumeurs

chez une fillette de 10 ans; Roux, chez une autre de 15 ans; Velpeau, chez une fille de 16 ans. Dollez a réuni quelques cas de polypes de l'urètre chez la petite fille, ainsi que Larcher. Dubar et Trélat ont observé ces tumeurs également chez deux femmes de 75 et 78 ans. Mais ces cas sont tout à fait exceptionnels.

Si nous descendons dans le détail, voyons un peu maintenant s'il existe des variétés anatomiques particulières à certaines époques de la vie. Nous avons pu, à ce propos, dresser le tableau qui suit :

Tumeurs du méat	Ayant apparu aux âges de	Moyenne
Vasculaires................	58 ans.	
Angiomateuses	59-60-59-75-14-50 ans.	55 ans.
Papillomes et végétations..	40-23-25-35-22 ans.	28 ans.
Fibreuses..................	36 ans.	
Muqueuses.................	78-23-38-30-22 ans.	35 ans.
Fibro-myomes et myomes..	29-40-40-40 ans.	35 ans.
Prolapsus urétral..........	54-59-6-8-107 ans.	8-55 ans.
Kystes, adénomes	45-1 ans.	
Tumeurs en voie d'évolution maligne...	69-58-46-56 ans.	60 ans.
Sarcomes..................	50 ans.	

On le voit : les papillomes du méat apparaissent vers l'âge de vingt-huit ans ; les tumeurs fibreuses, musculaires, dans l'âge moyen de la vie, vers trente-cinq ans ; les angiomes apparaissent généralement assez tard, tandis que le prolapsus de l'urètre est constaté dans l'enfance et à l'entrée de la vieillesse.

Les auteurs qui se sont occupés des polypes de l'urètre ont mis les écoulements blennorragiques au premier rang des causes pouvant en amener l'apparition.

Schützemberger (de Strasbourg) attribue à la blennorragie l'origine constante de végétations du méat. West signale l'étroite relation existant entre les excroissances du méat et l'existence d'écoulements gonorrhéiques; il cite à ce sujet un cas assez probant. Neuberger trouve dans un polype vascu-

laire enflammé le gonocoque ayant pénétré jusque dans les culs-de-sac glandulaires. Répiton-Preneuf, au contraire, dans sa thèse de Lyon, condamne absolument cette manière de voir, se basant sur ces faits que chez l'homme la blennorragie n'engendre pas les polypes de l'urètre et que les femmes atteintes de blennorragie présentent rarement des polypes du méat, comme il l'a lui-même constaté dans des salles de maladies vénériennes.

Nous avons nous-même recherché dans quelques-uns de nos polypes, plus particulièrement dans ceux qui présentaient des territoires inflammatoires, le gonocoque ou d'autres microbes, nous n'en avons pas pu trouver.

Nous croyons que les écoulements blennorragiques de la femme ont une grande importance dans l'étiologie des tumeurs du méat, mais elles n'expliquent pas tout ; les auteurs n'ont peut-être pas suffisamment précisé la question. La blennorragie favorise sans aucun doute les végétations de la muqueuse urétrale, elle amène des congestions locales, mais elle ne peut expliquer toujours l'apparition de tumeurs développées dans la muqueuse.

Les auteurs ont insisté sur l'influence de la masturbation, des rapprochements sexuels ; ces causes n'ont peut-être pas l'importance qu'on leur a donnée.

Nous avons vu l'importance vasculaire qu'offre la muqueuse de l'urètre, nous avons vu également le mode de parcours, de trajet de ces mêmes vaisseaux. De cette constatation anatomique, il est facile de déduire que toute cause, tout obstacle qui gênera cette circulation de retour pourra contribuer, de concert avec d'autres facteurs, à la production de tumeurs polypoïdes. La vessie, distendue fréquemment chez la femme, l'antéflexion utérine, l'utérus gravide, les tumeurs pelviennes ou abdominales sont tout autant de causes qui amèneront des congestions urétrales, en comprimant les plexus veineux de Santorini, dans lesquels se jettent les veines du méat. Richet attachait une grande importance à ces compressions et se plaisait à y insister. Et de fait, les

femmes qui ont eu un certain nombre d'accouchements sont prédisposées plus que d'autres, à la suite de ces congestions répétées, à présenter un jour des tumeurs urétrales.

D'autres auteurs ont incriminé une débilité, une cachexie; d'autres enfin ont rattaché ces tumeurs à certaines diathèses: tuberculose et syphilis.

C'est dans le *Progrès médical* de 1880 que Terrillon émettait cette idée ingénieuse, que les polypes de l'urètre étaient symptomatiques d'une lésion tuberculeuse de l'appareil génito-urinaire. Il appuyait sa théorie sur plusieurs observations, que nous avons résumées plus loin, et dans lesquelles les polypes du méat avaient précédé une tuberculisation de l'appareil urinaire.

Observation I

(Terrillon, *Progrès médical*, 1880.)

Femme de quarante-deux ans, présente deux ou trois polypes rouges au niveau du méat. Torsion et arrachement. Elle meurt plus tard d'urémie ; à l'autopsie, il existe une tuberculose généralisée. L'urètre présentait dans le voisinage du méat des productions polypiformes.

Observation II (Terrillon).

Femme de vingt-huit ans, présente des douleurs au niveau de l'urètre. Au méat, il existe une masse fongueuse, rougeâtre, saillante, dont les plis cachent l'orifice de l'urètre. Dilatation de l'urètre; tuberculose consécutive. Mort.

Observation III (Terrillon).

Fille de vingt-six ans ; le méat est rouge, présente de petite fongosités sensibles au toucher, à la surface desquelles s'écoule un peu de pus venant du canal. Plus tard cystite tuberculeuse et granulie.

Nous avons pu examiner tout dernièrement dans les services de MM. les Prof. Lanelongue et Demons deux malades

atteintes de tuberculose vésicale et rénale. Elles présentent un méat urinaire encadré littéralement de productions polypoïdes très douloureuses. Ces observations intéressantes viendraient donc confirmer la théorie de Terrillon.

D'autres auteurs rattachent les polypes à la syphilis ; nous avons décrit précédemment l'une de ces tumeurs, constatées par le docteur Petit.

Sans nier absolument ce mode étiologique, nous ne croyons pas cependant que la généralité des polypes de l'urètre doivent leur existence à quelqu'une de ces diathèses. Dans quelques cas particuliers il est possible que le bacille de Koch puisse pénétrer dans le sein des tissus qui constituent l'urètre, et là provoquer des réactions qui aboutissent à des productions polypeuses, comme celles que l'on rencontre au niveau du larynx dans le cas de phtisie laryngée, ou au niveau des fosses nasales dans le cas de tuberculose de ces cavités La pollakiurie rebelle dans le cas de cystite tuberculeuse facilitant l'éversion de la muqueuse, le passage constant d'une urine purulente chargée de bacilles de Koch irritant la muqueuse du méat et amenant de sa part des produits réactionnels polypoïdes sont autant de raisons qui expliquent l'apparition de polypes du méat dans le cas de tuberculose des voies urinaires.

Après avoir exposé les différentes opinions des auteurs qui se sont occupés de la question, résumons les faits que nous avons décrits et tâchons d'en retirer quelques notions pathogéniques.

Un fait domine l'histoire anatomique des tumeurs de l'urètre : c'est que ces tumeurs siègent toutes au niveau du méat ou dans son voisinage. Les limites extrêmes auxquelles on les rencontre dans la profondeur de l'urètre ne dépassent pas 15 millimètres. C'est donc au niveau de la muqueuse dermo-papillaire qu'ils naissent et que leur pédicule s'implante. Un second fait est frappant : presque tous les polypes de l'urètre s'implantent sur la paroi postérieure et inférieure.

Que pouvons-nous déduire de ces deux faits ?

Si les polypes du méat se développent aux dépens de la muqueuse dermo-papillaire qui recouvre la face postérieure de l'urètre c'est parce que :

1° Cette muqueuse ou plutôt cette partie de la muqueuse est le plus sujette aux irritations, aux frottements de toute nature.

2° Cette muqueuse est le point le plus faible du canal urétral, celui qui peut se prolaber le plus facilement, s'éverser le mieux au dehors.

3° Cette muqueuse présente des papilles dermiques, qui peuvent réagir sous certaines influences irritatives ou inflammatoires en s'hypertrophiant et en se développant.

4° La muqueuse qui constitue le pourtour du méat urinaire n'est qu'une dépendance de l'hymen vaginal, et comme l'on sait, depuis Pozzi plus particulièrement, que cet appareil hyménéal est constitué par un véritable tissu érectile, elle est par conséquent très riche en vaisseaux, plus riche que partout ailleurs.

5° La face postérieure de l'urètre est riche en glandes muqueuses ; elle renferme plus spécialement les glandes de Skene et leurs conduits excréteurs qui aboutissent au méat.

6° Enfin cette même face présente des plis et des replis, des irrégularités de surface qui en font une surface riche en polypes minuscules.

On conçoit dès lors fort bien que, les raisons de la naissance des polypes étant nombreuses, la pathogénie en soit complexe.

Nous ne reviendrons pas sur les idées précédemment exposées, elles sont justes et peuvent expliquer bien des choses. Nous insisterons sur des points un peu laissés dans l'ombre.

Sous l'influence d'une ptose générale, de mictions nécessitant l'effort, il peut se produire un prolapsus partiel de la muqueuse du méat. Cette muqueuse prolabée change bientôt de caractère, sous l'influence des irritations auxquelles elle

est exposée : une urine fermentant plus ou moins facilement, des pertes leucorrhéiques plus ou moins abondantes, une propreté de la région plus ou moins recherchée. Il en est assez pour amener dans la texture de cette muqueuse des modifications. Un travail inflammatoire se produit, la sous-muqueuse s'hypertrophie ; une congestion se fait, une saillie apparaît au dehors, se pédiculisant peu à peu. Un prolapsus de l'urètre est constitué ; il est de faiblesse, lent, tandis qu'il peut être ailleurs brusque ou de force. Il est total lorsque toute la muqueuse tapissant le pourtour du méat fait saillie ; il est partiel quand une partie de cette même muqueuse s'éverse au dehors.

Dans le cas présent, le prolapsus débuterait ; l'hypertrophie de la muqueuse suivrait : la réciproque peut se produire ; la muqueuse qui avoisine les bords du méat, sous l'influence d'un travail inflammatoire ancien, chronique, s'épaissit, en même temps le tissu cellulaire s'hypertrophie ; elle s'allonge, fait saillie au dehors et entraîne avec elle la muqueuse du canal ; il s'agit ici d'une hypertrophie de la muqueuse et d'un prolapsus secondaire. Il en est d'ailleurs ainsi pour presque toutes les tumeurs du méat qui s'accomgnent secondairement d'un prolapsus de l'urètre. Il peut aussi y avoir un gonflement de la muqueuse urétrale, gonflement qui peut être considéré comme un renversement, inflammation analogue à l'ectropion. Le tissu sous-muqueux est malade avec la muqueuse. L'exsudat est séreux et se résorbe le plus souvent ; mais si la maladie est négligée, les plis muqueux du bord urétral passent à un état œdémateux chronique ou à un épaississement hypertrophique. L'évolution de la tumeur est plus rapide, car les stades de l'évolution sont préparés, lorsque cette hypertrophie, cet épaississement frappent les plis de la muqueuse, les irrégularités de la muqueuse.

La gêne de la circulation, dont nous avons parlé plus haut, amènera un développement vasculaire, une congestion veineuse, qui, jointe à quelques irritations locales, pourra

amener la naissance d'une saillie vasculaire qui se coiffera de l'épithélium du méat et se pédiculisera. Des vaisseaux nouveau-nés apparaîtront sous une influence mal connue et contribueront à l'accroissement du polype.

Que l'élément glandulaire à son tour entre en prolifération, la tumeur sera adénomateuse; qu'un des conduits excréteurs d'une des glandes de la région s'oblitère, les produits de sécrétion de la glande ou des culs-de-sac glandulaires retenus s'accumuleront, distendront les tissus voisins, et nous aurons un kyste.

Le résultat de ces différentes productions constitue à leur naissance la production d'une saillie sous la muqueuse urétrale. Le plus généralement ensuite, la force de la poussée congestive, cause principale aidée des efforts, agents de traumatisme, cause secondaire, peuvent alors, suivant la résistance que la muqueuse leur oppose, amener ou non plus ou moins tardivement la pédiculisation de la tumeur, phénomène inconstant.

C'est alors que la tumeur est constituée que l'action des agents irritants se fait ressentir d'une façon efficace. Les chocs, les froissements répétés, le contact des tumeurs avec l'urine séjournant à leur niveau, avec des leucorrhées, amènent encore dans ces tumeurs un travail inflammatoire plus grand, se traduisant par des hémorragies au dehors, des hémorragies interstitielles, des ulcérations de la surface, des fissures, tous phénomènes entraînant une réaction leucocytaire et plus tard peut-être, après l'apaisement des phénomènes inflammatoires, un travail cicatriciel.

Ces polypes ainsi constitués ne restent pas stationnaires. Ils évoluent comme volume, comme dimensions et comme espèce anatomique. L'épithélium peut rester semblable à lui-même, le tissu sous-muqueux se développe, les vaisseaux augmentent de nombre et de calibre. Ces vaisseaux présentent-ils peut-être déjà des caractères tout particuliers ; par suite du tissu musculaire lisse dont elles sont entourées, les veines peuvent se dilater, former des ampoules, leurs parois

subir des altérations et des troubles de nutrition : peut-être subissent-elles en un mot la transformation variqueuse. Des vaisseaux nouveaux sont-ils nés, se sont-ils anastomosés entre eux, se sont-ils fusionnés par endroits : la tumeur est angiomateuse. Dans quelle partie que ce soit de l'organisme où se trouvent des vaisseaux, on retrouvera toujours ces altérations.

Ces angiomes, ces kystes glandulaires, que nous avons signalés plus haut, pourront subir plus tard une transformation fibreuse; la tumeur, primitivement vasculaire, glandulaire, kystique, pourra dans l'avenir devenir tumeur fibreuse. Ce sera un véritable étouffement de l'élément noble par le tissu conjonctif.

Nous le voyons donc : le mode pathogénique de ces tumeurs est essentiellement variable; il varie presque à l'infini. La tumeur une fois formée n'a pas un caractère immuable, stable; elle continue à évoluer suivant les circonstance de milieu, d'hérédité, d'irritations locales. Elle peut même aboutir à la transformation maligne par le développement de l'épithélium et des produits épithéliaux qu'elle contient, ou encore par la progression des cellules conjonctives qu'elle renferme.

Le nombre des théories est grand; chacune d'elles a le tort d'être trop absolue; en matière de pathogénie surtout, il faut être éclectique et donner à chacun des agents la part et l'importance qui lui revient.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Qu'il s'agisse d'un polype fibreux, ou d'un angiome du méat, d'un prolapsus de la muqueuse urétrale ou d'un papillome, d'un kyste ou d'un myome, les symptômes fonctionnels que ces tumeurs d'ordre si divers déterminent sont tels, le plus souvent, qu'ils sont insuffisants pour en différencier exactement les caractères anatomiques. L'examen physique seul de la tumeur peut permettre de les diagnostiquer ou de les présumer.

Nous étudierons donc tour à tour les symptômes fonctionnels, puis les symptômes physiques. Nous donnerons ensuite un aperçu des différentes particularités qui permettent de différencier une forme anatomique d'une autre; enfin nous étudierons les différents types cliniques que l'on rencontre et qui ne sont que la synthèse de plusieurs de ces signes.

Symptômes fonctionnels.

Les symptômes fonctionnels dus à la présence de tumeurs polypoïdes du méat sont très variables; ils empruntent la plupart de leurs caractères aux signes des différentes affections des organes génito-urinaires. Ce sont :

I. — Des phénomènes douloureux.

II. — Des troubles de la miction.

III. — Des troubles de l'appareil génital.

IV. — Des hémorragies.

V. — Des phénomènes généraux.

Avant de décrire d'une façon générale les différents symptômes que nous venons d'énumérer, nous commencerons par donner les observations sur lesquelles nous nous basons pour leur description.

I. — Phénomènes douloureux.

Observation IV (Personnelle).

(Service de M. le Prof. Lanelongue.)

Louise G..., quarante-neuf ans, ménagère, entre salle 8, le 31 juillet 1899, pour des douleurs très intenses de la région vulvaire, irradiées au bas-ventre ; les premiers symptômes de l'affection remontent à quatre ans.

Pas d'antécédents héréditaires. Premières règles à douze ans, normales, deux accouchements à vingt ans, à vingt-six ans, normaux. Ménopause il y a un an. Elle a eu à cette époque des métrorragies accompagnées de vives douleurs du bas-ventre.

Histoire de la maladie. — Il y a environ quatre ans, elle éprouve des douleurs mal déterminées dans les aines, l'hypogastre ; ces douleurs s'exagèrent par la marche et la menstruation. Elles se localisent rapidement au niveau de la vulve. Peu à peu elles deviennent si vives que depuis deux mois environ la malade ne peut plus se remuer, ni frôler la région vulvaire sans ressentir aussitôt dans cette région des douleurs intolérables. Depuis six mois, la miction est gênée, douloureuse, nécessitant parfois des efforts, accompagnée de ténesme ; la malade aurait eu de l'incontinence d'urine ; dans ces derniers temps, elle souffre si atrocement en urinant qu'elle espace le plus possible ses mictions et qu'elle prend pour les faciliter les positions les plus bizarres, ce qui ne l'empêche pas de ressentir au moment du passage de l'urine des douleurs semblables à celles que provoquerait au niveau de cette région l'application du fer rouge. En mai dernier, les douleurs s'irradient dans les cuisses et les lombes. Elle a beaucoup maigri ; elle a un peu de ténesme rectal ; les rapports sexuels sont devenus impossibles.

Examen de la malade. — Le doigt introduit dans le vagin ou le moindre frôlement de la vulve arrache des cris à cette femme. A l'examen de la vulve, il est facile d'apercevoir une tumeur du méat, ayant le volume d'une petite lentille, aplatie comme elle, de coloration rouge foncé, rattachée par un pédicule long et grêle à la paroi postérieure et médiane du méat urinaire. Tout autour, et empiétant sur le vestibule jusqu'à la limite d'insertion des petites lèvres, il existe un piqueté rougeâtre, dû probablement à un développement vasculaire inusité. Le plus léger contact de la tumeur, le plus petit tiraillement du pédicule amènent la production de douleurs atroces et la contracture des sphincters vaginaux et rectal. Les urines sont normales; pas de troubles de la sensibilité.

Intervention le 2 août 1899 : excision de la tumeur et suture de la muqueuse urétrale sous le pourtour du méat; deux jours après l'intervention, le doigt pénètre facilement dans le vagin; utérus un peu gros en rétroflexion. Guérison complète et sortie le 10 août 1899.

Observation V (Personnelle).

(Service de M. le Prof. Lanelongue.)

Louise P..., âgée de quarante-huit ans, sans antécédents héréditaires; une de ses sœurs paraîtrait avoir présenté une tumeur du méat; toujours bien portante, a eu six accouchements normaux. A l'âge de trente-huit ans présente quelques troubles de la miction; elle a de la pollakiurie, des douleurs de la miction; le jet d'urine présente des interruptions. Cet état dure environ deux mois; la pression au niveau de la vulve est très douloureuse; les rapports conjugaux sont pénibles. Ces phénomènes douloureux avaient atteint leur apogée, lorsque subitement ils disparurent. A quarante ans, elle éprouve quelques douleurs dans le bas-ventre, des tiraillements dans les lombes; elle souffre d'hémorroïdes.

Jusqu'à il y a deux mois, elle jouit d'une santé excellente, lorsqu'à cette époque elle éprouve de nouveau quelques douleurs au niveau de la vulve, quelques cuissons au moment de la miction, qui n'est pourtant pas gênée. Les rapports sexuels sont très douloureux. Ces symptômes s'accentuent; actuellement elle ressent des douleurs très vives au niveau

de son périnée, avec des irradiations vers le bassin et les cuisses ; aussi se décide-t-elle à entrer salle 8, le 18 juin 1900.

Examen : au niveau du méat, il existe une tumeur du volume d'une grosse lentille, arrondie, un peu pédiculée, se rattachant à la paroi postérieure du méat. Sa coloration est rouge lie-de-vin ; en plusieurs points de sa surface existent de petites ulcérations, laissant suinter un peu de sérosité sanguinolente. Sa consistance est mollasse. Au niveau de l'anus, bourrelets hémorroïdaires à points sphacélés. Au toucher, corps utérin un peu volumineux en antéflexion ; un peu de prolapsus de la paroi vaginale antérieure. Urines normales.

Excision le 21 juin 1900 aux ciseaux ; suture au catgut des lèvres de la plaie. Dilatation du sphincter anal sous chloroforme. Suites opératoires normales ; guérison.

Observation VI (Personnelle).

(Service de M. le Prof. Boursier.)

Jeanne M..., âgée de trente ans, entre le 5 mars 1901, salle 1 ; sans antécédents héréditaires ; deux accouchements normaux à vingt-deux et vingt-six ans.

Histoire de la maladie. — Avant 1899, elle éprouvait de temps à autre un peu de fatigue, de pesanteur au niveau du périnée ; les règles deviennent douloureuses. Mictions normales, indolores. Dans les derniers mois de 1899, elle constate que le moindre attouchement vulvaire détermine de véritables douleurs. Elle constate alors elle-même l'existence de trois petites tumeurs siégeant au niveau de l'entrée de l'urètre, de couleur rouge vif. Depuis, elle n'a pas cessé de souffrir au niveau de la vulve au moment de la marche, à propos du plus petit mouvement. Pas de troubles graves de la miction. Depuis quatre ou cinq mois, existence à ce niveau d'un léger suintement sanguinolent. Au moment de ses règles, elle se sent soulagée. Il y a un mois et demi, elle a constaté, avant l'apparition de ses règles, que les trois petites tumeurs avaient une couleur violacée, elles étaient aussi plus sensibles ; les rapports sexuels peuvent être possibles. Le caractère de la malade a changé, est devenu irritable ; rien par ailleurs.

Examen de la malade. — Au niveau du méat urinaire, il existe trois

petites tumeurs de volume inégal ; la première, la plus volumineuse, du volume d'un grain de blé, est située sur le premier plan, elle s'implante sur la partie postérieure du méat, un peu à gauche de la ligne médiane ; la seconde, moins volumineuse, est située immédiatement en arrière de la précédente ; la troisième, petite, s'inplante à droite de la base de la première. Toutes les trois présentent un pédicule large, qui les relie à la partie postérieure de l'urètre, qui s'est éversé, au dehors du méat largement entr'ouvert, en plis nombreux superposés les uns aux autres. Toutes les trois ont une surface unie, lisse, sont de couleur rouge vif. Leur surface est sensible, mais peu douloureuse ; la traction sur le pédicule au contraire amène une explosion de douleur. Sur la muqueuse avoisinant le méat existent quelques points rouge vif, non saillants, tranchant sur la coloration de la muqueuse avoisinante. Le toucher vaginal est impossible quand le doigt frôle les polypes ; il est au contraire facile lorsqu'on les évite. Le corps utérin est en antéflexion prononcée. Rien par ailleurs. Réflexes diminués.

Excision, le 6 mars 1901, des tumeurs et des parties suspectes de la muqueuse. On met une sonde à demeure.

Observation VII (Lemoine).

Femme de vingt-sept ans. A la suite de son accouchement présente des douleurs au niveau de la vulve ; la demi-circonférence du méat inférieur a considérablement augmenté de volume ; elle représente une sorte de croissant irrégulier et mamelonné ; à droite, la corne antérieure du croissant se prolonge en une petite tumeur arrondie.

Observation VIII (Jondeau).

Femme de quarante-neuf ans. Trois accouchements, ménopause à quarante-quatre ans ; depuis six mois présente de vives douleurs au moment de la miction, limitées au méat. Il existe une petite tumeur rouge, arrondie, du volume d'un gros grain de maïs, bourgeonnante, saignant au moindre contact ; la tumeur déplacée est le siège de vives douleurs ; elle s'implante sur la paroi postérieure. Excision de la tumeur ; dilatation forcée de l'urètre. Cautérisation de la plaie. Guérison.

Observation IX (Péan).

Femme de cinquante-sept ans, présente des douleurs depuis six ans au moment des mictions. Polype sessile fixé sur la paroi postérieure, du volume d'un pois, à surface lisse, rouge, granuleuse. Excision. Guérison.

Observation X (Romant).

Femme de quatre-vingt-sept ans, présente de vives douleurs vulvaires au moment et dans l'intervalle des mictions. Un peu de ténesme vésical ; dysurie. Au niveau du méat, tumeur d'un rouge vif, du volume d'un petit pois rond, assez consistante et d'une sensibilité exquise. Pédicule court inséré à 5 centimètres du méat sur la paroi postérieure.

Observation XI (Jondeau).

Femme de trente-sept ans, a eu douze enfants, ne présente aucun trouble de la miction ; souffre de la vulve ; petite tumeur du méat lisse, rose, arrondie, du volume d'une tête d'épingle, adhérente à la paroi postérieure. Excision, cautérisation au nitrate d'argent. Guérison.

Observation XII (Lemoine).

Femme de trente-trois ans, présente au niveau d'une tumeur du méat quelques élancements douloureux.

Observation XIII (Ménestrez).

Femme de quarante-cinq ans, ayant des douleurs de la miction, a un polype implanté sur la paroi postérieure du méat, très sensible au toucher. Excision. Guérison, puis récidive du polype avec mêmes symptômes.

Observation XIV

(Bouloumié, *Union médicale*, 1880.)

Femme de trente-cinq ans, présentant quelques troubles nerveux ; depuis plusieurs années aurait, au moment des règles, des douleurs vési-

cales, du ténesme ; depuis un an ces symptômes se sont exagérés ainsi que des douleurs vulvaires. Excroissance polypeuse de l'urètre, violacée, pas de sensibilité spéciale ; implantée sur paroi postérieure du méat. Vascularisation exagérée de la région. Excision. Guérison.

Observation XV

(Terrillon, *Progrès médical*, 1880.)

Femme de vingt-cinq ans, souffre depuis un mois de l'urètre. Tumeur framboisée, du volume d'une petite noix, globuleuse, rouge. Excision.

Observation XVI (Garnier-Mouton).

Femme de vingt-huit ans, se plaint de douleurs hypogastriques s'exaspérant à la suite de la marche ou de la fatigue depuis un an. Petite tumeur, siégeant au niveau du méat, s'implantant sur la paroi postérieure, du volume d'une noisette, de consistance dure, pas de fluctuation, surface lisse, indolore. On ouvre la tumeur, qui contient un liquide poisseux, noirâtre, sans odeur. Cautérisation de la paroi. Guérison.

Observation XVII (Garnier-Mouton).

Femme de quarante-neuf ans, ménopause à quarante-quatre ans, suivie de quelques pertes légères ; ressent des cuissons pendant la miction ; léger écoulement au niveau de l'urètre. Petite tumeur du volume d'un pois, remplissant l'orifice antérieur de l'urètre qui est élargi ; adhérente à la paroi postérieure. Excision.

Macroscopiquement, au point où l'hypertrophie est le plus considérable, on trouve à la base de la tumeur des veines dilatées, des varicosités remplies de thrombus.

Observation XVIII (Garnier-Mouton).

Femme de vingt-cinq ans, souffre depuis un an du fondement ; du côté de l'anus il existe des condylomes ; il en existe aussi au niveau de l'urètre.

Observation XIX (Augé).

Femme de cinquante-trois ans, ressent de vives douleurs au niveau de la vulve ; elle a, au moment de la miction, une sensation de brûlure. Au niveau du méat, il existe une petite tumeur charnue, du volume d'une noisette, embrassée exactement par les lèvres du méat. D'un rouge vif, conique, granuleuse à sa surface, s'attache à la partie inférieure du canal, n'est pas pédiculée ; présente une large base d'implantation. Excision, cautérisation au nitrate d'argent. Récidive quelques mois après au même point. Excision. Guérison.

Observation XX (Repiton-Preneuf).

Femme de trente-cinq ans, souffre dans le bas-ventre depuis un an ou deux. Tumeur du volume d'une noisette, rattachée par un pédicule à la paroi postérieure du méat. Arrachement par torsion. Guérison.

Observation XXI

(Schwartz, *Semaine médicale*, 1889.)

Femme de quarante-neuf ans, ressent des douleurs très vives, exaspérées par la miction ; tumeur implantée sur la paroi postérieure de l'urètre. Excision. Guérison.

Observation XXII (Schwartz).

Femme de soixante ans, présentant des douleurs très vives, exaspérées par la miction. Excision. Guérison.

Observation XXIII

(Arnould et Guyon, *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, Paris 1890.)

Femme de vingt-six ans, a toujours eu des douleurs névralgiques, particulièrement violentes du côté de la face ; depuis dix huit mois a été prise de douleurs très vives au moment de la miction, opérée déjà d'un polype de l'urètre. Depuis quelques mois, nouvelles douleurs qui

accompagnent la miction très pénible. Douleurs vives localisées au méat, accompagnent, suivent la miction, durent quelques instants après elle ; il existe des spasmes de l'urètre avec rétention d'urine durant quelquefois une heure. Douleurs spontanées continuelles vers la vulve, le vagin ; nuit et jour, avec sensations de constriction pénible. Anesthésie pharyngée et cornéenne. En touchant l'orifice du méat, on provoque le vaginisme, du ténesme vésical avec envie d'uriner. Au niveau du méat existe une petite tumeur implantée, sur la face postérieure. Du volume d'un petit pois, elle est rouge, absolument sessile, douloureuse ; destruction du polype au thermocautère. Guérison.

Observation XXIV (Perrault).

Femme de trente-deux ans, quelques pertes blanches douze jours après son mariage, souffre du bas-ventre avec tiraillements dans les lombes ; souffre de la vessie ; les mictions fréquentes nuit et jour sont accompagnées de douleurs et de crises nécessitant parfois des efforts très violents. Les injections vaginales amènent un redoublement de douleurs. Petite tumeur du méat, du volume d'un pois, faisant saillie au dehors. Excision. Guérison.

Observation XXV (Perrault).

Jeune fille de dix-sept ans, quelques leucorrhées, devenues plus abondantes dernièrement, souffre depuis huit jours ; existence d'un polype.

1° *DOULEUR*

La douleur est le symptôme le plus important au point de vue clinique, celui qui a le plus grand retentissement sur l'état général des malades. C'est sur ce symptôme que plusieurs auteurs ont basé leurs classifications des polypes de l'urètre ; ils les ont divisés en polypes douloureux et en polypes non douloureux. En effet, la douleur peut manquer ou du moins être extrêmement atténuée. Mais le plus souvent elle existe ; elle se produit de bonne heure en général, alors que le polype est à peine constitué ; elle apparaît

d'abord vague dans les aines, l'hypogastre ; d'autres fois ce ne sont que des démangeaisons ; cette période est plus ou moins longue ; chez certaines femmes, comme Schwartz l'a montré, elle peut persister plusieurs années, ordinairement deux ou trois mois ; puis elles revêtent un caractère particulier d'intensité.

Telle est quelquefois la progression des phénomènes douloureux dans cette affection.

Généralement la douleur est vive, elle s'accentue au moment de la miction par le passage de l'urine qui entraîne et attire au dehors la tumeur en tiraillant sur le pédicule ; elle s'accentue encore davantage quelquefois au moment de l'émission des dernières gouttes d'urine. La douleur s'exagère par la marche, quelquefois par la station debout prolongée, par les rapprochements sexuels, qu'elle rend même impossibles. Dans certains cas, elle est atroce, le plus léger mouvement de la malade lui arrache des cris. Ces douleurs surviennent spontanément, sans cause appréciable ; mais le toucher, la pression ou un traumatisme quelconque provoquent des crises de souffrances intolérables. L'approche des règles, la menstruation elle-même, toute cause de congestion du bassin augmentent leur intensité ; elles sont calmées par le repos et surtout par le repos absolu. Ces phénomènes arrivent parfois à une telle intensité qu'ils poussent les malades au suicide. En font foi les observations d'Andronico, de A. Guérin qui raconte que le sommeil chloroformique lui-même était impuissant à amener quelque soulagement. Aussi A. Guérin pensait-il que les tumeurs du méat étaient : les unes développées aux dépens des papilles vasculaires, les autres aux dépens des papilles nerveuses. L'histologie, avons-nous vu, ne confirme nullement cette hypothèse ; les éléments nerveux n'arrivant jamais à acquérir une importance telle, que leur présence seule puisse expliquer l'acuité de cette douleur. Il ne faut donc pas attacher une grande importance à l'existence de quelques filets nerveux dans une tumeur, nerfs qu'assez souvent il a été

impossible d'y déceler. Il faut donc rattacher ce phénomène à d'autres causes, qui sont sous la dépendance d'un certain nombre de facteurs.

On doit attacher une importance extrême à l'état nerveux des malades. M. le Prof. Lanelongue attire bien souvent l'attention sur ce point : dans certaines lésions : fissure anale, érythèmes, tubercules sous-cutanés douloureux, polypes urétraux, la lésion n'est rien par elle-même, le terrain seul est tout ; la lésion n'est que l'épine irritative exaspérant le système nerveux déjà malade.

Très fréquemment, les tumeurs hypertrophiques ou vasculaires s'accompagnent d'une véritable névralgie du canal. Cette névralgie consiste en une douleur réflexe du côté soit de l'urètre, soit du col vésical ; elle détermine le spasme douloureux de l'urètre ou de l'orifice urétral. Suivant M. Richet, ces névralgies sont dues à une propagation, suivant les différents rameaux du plexus hypogastrique, de l'irritation produite en un point de leur trajet par la muqueuse urétrale. Le sujet atteint d'une diathèse quelconque verra s'abattre la douleur dans la région ou dans les environs de la région où siège l'agent d'irritation. Névralgie d'abord, puis spasmes de l'urètre, ce sont là les modes progressifs de la douleur.

Le volume lui-même de la tumeur arrivant à dilater l'orifice urétral par sa seule présence et amenant du côté des fibres musculaires lisses qui l'environnent une véritable réaction, se traduisant par un spasme plus ou moins accentué et durable, est susceptible dans certains cas d'expliquer ces phénomènes douloureux.

Il est un point sur lequel les auteurs n'ont pas suffisamment insisté et qui cependant n'est pas sans une certaine importance : je veux parler du pédicule de la tumeur. Que cette tumeur soit sessile ou très largement implantée sur le rebord du méat urinaire, il est certain qu'un traumatisme quelconque n'agira que d'une façon bien inefficace sur la tumeur elle-même. Mais qu'au contraire notre polype soit franchement pédiculé, que ce pédicule soit long et mince, quoi-

que solide, les choses se passeront désormais d'une façon toute autre. On comprend dès lors que le plus léger traumatisme tiraillera sur le pédicule et par l'intermédiaire de celui-ci sur le point de la muqueuse sur lequel il s'implante; on comprend encore que la simple station debout favorisera dans une certaine mesure ce même tiraillement. Enfin, et c'est là un fait important : le simple passage de l'urine aura un effet tout particulier, car le jet urinaire, au moment de son passage au méat, entraînera la tumeur au dehors plus ou moins violemment et produira ce même résultat auquel arrivent toutes les causes que nous avons signalées : c'est-à-dire le tiraillement du point de la muqueuse sur laquelle s'insère le pédicule (1). Or, ces tiraillements, ces traumatismes répétés ne sont pas sans inconvénient ; ils irritent cette muqueuse déjà malade et s'accompagnent de douleurs plus ou moins vives, mais dont l'intensité ne fait que s'accroître avec le progrès de la tumeur. Celle-ci, d'autre part, en augmentant de volume, s'accompagnerait de douleurs plus accentuées, par cela même qu'un des facteurs, cause de cette douleur, varierait en grandeur.

Nous insisterons enfin sur un autre mode pathogénique qui nous semble avoir un véritable intérêt : sur l'existence d'ulcérations au niveau du polype. Dans un grand nombre de cas, il est visible que la tumeur présente à son niveau une ou plusieurs ulcérations très nettes ; quelquefois il n'existe qu'une simple fissure; quelquefois encore, rien n'est appréciable à la vue. Cette ulcération, en contact constant avec une urine plus ou moins altérée à son niveau, subissant des fermentations plus ou moins complètes, en contact avec des pertes vaginales plus ou moins sérieuses, ne subsistera pas sans être incommodée par ce voisinage. Que le sujet soit sain, il ressentira dans ces conditions au niveau de sa tumeur des fourmillements, des sensations

(1) Ce fait est si vrai que chez plusieurs de nos malades il nous arrivait de ne produire aucune douleur en pressant sur le polype immobilisé, mais d'amener une explosion de douleur en tiraillant sur le pédicule.

désagréables ; que le sujet soit au contraire tant soit peu prédisposé, l'ulcération du méat urinaire agira d'une façon semblable à celle dont agit la petite fissure anale. L'analogie même peut être complète.

D'après Ch. West, la sensibilité des tumeurs du méat serait en rapport avec leur vascularité : celles dont la muqueuse est d'un rouge vif et qui saignent le plus facilement sont couvertes d'un épithélium plus délicat et présentent une sensibilité plus exquise. Cela est vrai. Cette vascularisation plus active, primitive ou secondaire, apparaissant à la suite d'une congestion du petit bassin, ou d'un spasme de l'urètre, agit-elle en rendant plus vive la sensibilité des organes récepteurs des sensations, ou en augmentant le volume de la tumeur, et par cela même en mettant en jeu les facteurs que nous avons énoncés précédemment, nous ne pouvons le dire, mais il nous suffira au moins pour l'instant de constater ce fait et de lui donner la valeur qu'il mérite.

Nous le voyons donc, les facteurs nombreux qui interviennent dans l'élaboration du symptôme douleur sont multiples. Il est difficile de rapporter à l'un d'eux la cause de ces souffrances si pénibles ; les espèces étiologiques et pathogéniques le plus souvent se pénètrent et on ne peut les démêler.

Les douleurs ne restent pas localisées au niveau de la tumeur; elles le peuvent, mais généralement elles s'irradient le long des nerfs émanant du plexus hypogastrique, sortant quelquefois du domaine de ce plexus pour gagner d'autres territoires sans que l'anatomiste puisse voir la raison de ces irradiations.

Nous l'avons déjà vu, la douleur peut s'irradier du côté du canal de l'urètre, jusqu'au col de la vessie, où elle arrive parfois à provoquer du spasme, et consécutivement du ténesme vésical ; elle s'irradie encore du côté de la vessie et des lombes.

Les irradiations douloureuses peuvent se produire du côté des organes génitaux internes, de l'utérus et de ses annexes,

égarant ainsi parfois le diagnostic du chirurgien. Peut-être que la marche inverse des irradiations est possible, qu'alors le point de départ de ces douleurs se trouve au niveau de ces mêmes organes génitaux internes, et que ces irradiations se font du côté de la vulve, comme cela est fréquent, se localisant préféremment au niveau de la tumeur du méat ?

Le rectum peut lui-même devenir secondairement douloureux.

Enfin les irradiations les plus fréquentes sont celles que l'on signale au niveau de la vulve, du périnée, du pubis, de l'hypogastre; plus rarement du côté des cuisses et des aines.

C'est pour ces phénomènes, douloureux comme nous le verrons plus loin, uniquement pour eux, que les malades viennent consulter le chirurgien et réclamer parfois à grands cris une intervention chirurgicale.

II. — Troubles de la Miction.

Observation XXIV (Personnelle).

(Service de M. le Prof. Lanelongue.)

Angèle B..., cinquante-quatre ans, un accouchement à trente-trois ans, sans antécédents intéressants, présente il y a deux mois des difficultés de la miction, il faut que la malade fasse des efforts prolongés pour que le jet d'urine s'écoule au dehors. Il est dévié et bifide. Un mois après l'apparition de ces phénomènes, elle perd du sang dans l'intervalle des mictions, parfois en assez grande abondance. Pas d'urétrorragie. Pas de douleurs ; quelquefois sensation de picotement dans l'intervalle des mictions; sensation de brûlure au moment du passage de l'urine. Les hémorragies signalées ont amené une sédation considérable dans les névralgies et migraines auxquelles est sujette la malade. Rapports sexuels possibles, indolores. Etat général excellent.

Examen. — Femme bien portante, ne présentant rien de particulier, si ce n'est la tumeur constatée il y a deux mois au début de la maladie.

Au niveau du méat, existe une tumeur arrondie du volume d'une

noisette, cylindrique, percée à son centre d'un orifice dans lequel la sonde pénètre pour entrer ensuite dans la vessie; elle est délimitée au niveau de sa circonférence par un cul-de-sac profond, incomplet, qui la sépare du vestibule. La tumeur paraît être composée de trois lobes légèrement délimités par deux sillons à peine marqués. Coloration rosée; surface tomenteuse, irrégulière; consistance molle. Pédicule mince constitué par l'adossement de deux feuillets muqueux. Pas de sensibilité particulière. Le 27 mars 1902, résection de l'extrémité inférieure de l'urètre par M. le Dr de Boucaud.

Guérison.

Observation XXVII (Personnelle).

(Service de M. le Prof. Lanelongue.)

Blanche H..., âgée de vingt-deux ans, entre le 4 mars 1902, salle 8, pour des douleurs siégeant dans le bas-ventre; leucorrhées assez abondantes, pas d'urétrite; une syphilis remontant à vingt-deux ans. En pratiquant l'examen au speculum, on constate au niveau du méat urinaire une petite tumeur faisant saillie à l'extérieur, du volume d'une lentille, rattachée à la paroi postérieure par un pédicule assez long, dont le plan s'insère suivant la direction longitudinale de l'urètre. Cette tumeur n'est pas sensible, la surface en est lisse, la muqueuse a une coloration semblable à celle de la muqueuse voisine. On apprend qu'en 1900 elle a présenté, à deux reprises différentes, de la rétention complète d'urine; pas d'autres troubles.

Les jours suivants, la malade présente, dans la salle, de la rétention complète d'urine qui nécessite le cathétérisme évacuateur quotidien. Sommets suspects de lésion bacillaire.

Le 13 mars, on excise le polype, la rétention d'urine disparaît aussitôt. Guérison et sortie quelques jours après.

Observation XXVIII (Personnelle).

(Service de M. le Prof. Pousson.)

Angèle C..., trente-huit ans, paraît avoir présenté, il y a un an, un peu de pollakiurie; depuis six mois elle perd continuellement son urine et se mouille constamment. Pas de douleurs. Il y a un mois, elle

aurait eu de la rétention d'urine complète trois ou quatre jours. Elle dit tousser depuis un an, avoir eu quelques hémoptysies, suer la nuit. Pas d'hématurie. A l'examen, femme amaigrie ; il se dégage du lit une odeur ammoniacale accentuée, les draps sont souillés d'urine ; la vessie dépasse un peu la symphyse. Vulve, fesses, cuisses sont érythémateuses et excoriées. Il existe au niveau du méat par lequel s'écoule sans cesse l'urine, une tumeur du volume d'un pois, régulière dans sa configuration, lisse, de consistance molle, de coloration rose foncée, peu douloureuse, reliée par un long pédicule de 1 centimètre à 2 centimètres à la paroi postérieure de l'urètre. Le pédicule étant très élastique, la tumeur sort et rentre dans l'urètre, qu'elle obture. Excision. Guérison.

Observation XXIX (Personnelle).

(Service de M. le Prof. Boursier.)

J. B..., vingt-deux ans ; premières règles à treize ans, régulières, douloureuses ; pas de grossesse ; dès l'âge de dix ans, elle commence à souffrir en urinant. Les douleurs, surtout vives après la miction, s'irradiaient vers les cuisses et les lombes. Les symptômes se sont accentués depuis, disparaissant pour réapparaître au bout de quelques mois. Depuis huit jours, ces symptômes se sont accentués, la nuit et le jour elle a une pollakiurie très nette.

Examen.— Au niveau du méat, à la place de la crête médiane, existe, implantée sur la paroi postérieure du méat, une tumeur polypoïde, du volume d'un petit noyau de cerise, à aspect framboisé ; la surface en est villeuse; des sillons profonds allant jusqu'au pédicule de la tumeur la séparent et la divisent; la coloration en est rosée par endroits. La pression de cette tumeur est très douloureuse et arrache des cris à la malade. Corps utérin en rétroflexion. Nervosisme marqué.

Cautérisations à l'acide chromique. Un mois après, trois ou quatre cautérisations effectuées, la tumeur paraît bourgeonner.

Observation XXX (Personnelle).

(Service de M. le Prof. Lanelongue.)

C..., âgée de trente-trois ans, sans profession, entre salle des dames payantes pour une pesanteur ressentie dans le bas-ventre et des troubles de la miction, le tout datant d'environ six ans ; entre le 10 mars 1892.

Premières règles à quatorze ans ; irrégulières avec quelques coliques. Pas de leucorrhées.

Première grossesse à vingt-deux ans, normale, terminée par un accouchement à terme. Suites de couches normales ; se lève quinze jours après la délivrance. Les leucorrhées ont été plus abondantes dans la suite.

Deuxième accouchement à vingt-cinq ans, long, pénible ; quelques phénomènes infectieux dans la suite.

A partir de cette époque, elle a commencé à souffrir du bas-ventre, présentant des irradiations douloureuses dans les lombes ; ces douleurs augmentent par la fatigue, la station debout, s'exagèrent au moment de la menstruation. Depuis trois ou quatre mois, les mictions sont difficiles, nécessitent des efforts ; elles sont douloureuses ; dans leur intervalle, il existe des picotements vulvaires très désagréables. En même temps, la malade prend avec beaucoup de peine des injections vaginales, qui amènent une augmentation dans les douleurs. Les rapports sexuels sont impossibles depuis deux mois. Pas d'autres troubles.

A l'examen, il existe une déchirure du périnée. Le méat présente au niveau de ses parois plusieurs petites tumeurs, au mombre de quatre, pédiculées, d'une coloration rosée, de la grosseur d'un grain de blé à celui d'une lentille. Leur exploration éveille une vive sensibilité, en même temps que le sphincter vaginal se contracte vivement. Ces tumeurs sont implantées sur tout le pourtour du méat, d'eux d'entre elles s'insèrent sur la paroi postérieure.

Le toucher, pratiqué avec de grandes précautions, détermine aussi de vives douleurs ; le doigt est enserré comme dans un étau par le constricteur inférieur. A la pression, l'urètre n'est pas douloureux suivant tout son trajet ; une déchirure du col à gauche ; col gros à muqueuse ectopiée. Culs-de-sacs libres, rien du côté de l'utérus, ni des annexes. A l'hystéromètre : 7 centimètres.

Le 15 mars, méatomie ; on enlève les polypes et on refait le méat par quelques points de catgut. Curettage, amputation du col. Colpopérinéorraphie.

Le soir même, la malade urine seule, sans douleurs. Pas de pollakiurie.

Le 8 avril, sortie de la malade, qui est rétablie. Les mictions sont normales ; le toucher vaginal n'est plus douloureux.

Observation XXXI (Personnelle).

(Service de M. le Prof. Lanelongue.)

L..., âgée de cinquante-huit ans, sans profession, entre salle 8, en 1899, parce qu'elle urine souvent, depuis environ un mois.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Premières règles à quatorze ans, régulières, normales ; pas de pertes blanches dans leur intervalle ; se marie à vingt et un ans ; trois accouchements normaux à vingt-deux, vingt-quatre et vingt-huit ans.

A l'âge de vingt-huit ans, elle eut spontanément une hématurie légère. Pendant plusieurs jours, elle continua de perdre un peu de sang dans l'intervalle des mictions. Celles-ci étaient alors normales. L'urine, claire, ne présentait aucun dépôt, ni gravier. Aucun autre trouble de la miction. Ces phénomènes n'ont duré qu'une quinzaine de jours ; après quoi tout est rentré dans l'ordre.

Il y a quinze ans, à quarante-trois ans, elle ressent après la miction quelques douleurs, qui disparaissent quand elle urine couchée sur le ventre. Ces douleurs persistèrent pendant un mois environ ; après quoi, elles disparurent.

Il y a un an, en 1898, elle éprouva de fréquentes envies d'uriner ; cette pollakiurie n'était accompagnée d'aucune douleur au moment de la miction. Elle urinait quinze à vingt fois par jour, mais l'urine ne présentait aucune altération. Ces phénomènes durèrent un mois et demi.

Il y a enfin un mois cette pollakiurie reparut sans aucun autre symptôme de surajouté, sans hématurie, ni douleur. Son médecin lui fit quelques cautérisations.

Examen, le 30 novembre 1899. La malade, ayant toutes les apparences d'une robuste constitution, déclare avoir six à sept mictions dans la journée et autant la nuit.

L'urètre est largement béat ; il laisse voir une petite tumeur rosée, du volume d'un petit pois, qui apparaît au niveau de l'orifice ; elle est molle, non réductible, elle est implantée sur la paroi postérieure. Elle est douée de mouvements assez étendus ; elle est longuement pédiculée. Le contact de cette tumeur n'est pas douloureux et on peut la presser d'une

façon assez forte sans déterminer à son niveau une vive sensibilité. Urines normales. Rien par ailleurs.

Intervention, le 9 novembre 1899. On attire au dehors la tumeur avec une pince à griffes. Cette traction se fait sans aucune difficulté. Une fois la tumeur suffisamment extériorisée, on la sectionne au niveau de son pédicule. Ce pédicule est poursuivi jusqu'au niveau de son point d'insertion sur la paroi postérieure de l'urètre. L'opération est simple, elle est faite sans anesthésie.

Le soir même, la malade urine seule ; les troubles urinaires disparaissent.

Le 12 novembre 1899, un second polype est enlevé dans les mêmes conditions, il avait passé inaperçu et ne s'était découvert qu'au moment où on inspectait l'état de la petite plaie opératoire produite par l'excision de la tumeur précédente. Il était implanté sur la paroi antérieure et avait le volume d'un grain de millet.

Le 15 novembre, guérison complète et sortie.

Observation XXXII (Personnelle).

(Service de M. le Prof. Lanelongue.)

A..., âgée de soixante-sept ans, entre le 8 mai 1895, salle 8, pour une gêne et des douleurs de la miction. Premières règles à vingt ans. Premier accouchement à vingt-cinq ans ; autres accouchements pénibles à vingt-neuf, trente-trois et trente-six ans.

Trois ans environ après ce dernier, la malade commence à ressentir de la gêne et des douleurs au moment de la miction. Son médecin, qu'elle consulte, trouve au niveau du méat urinaire une petite tumeur pédiculée, du volume d'une lentille.

La malade refuse l'intervention et reste ainsi deux ans, pendant lesquels la tumeur augmenta progressivement de volume et devint du volume d'une fraise. On en fit alors l'excision, salle 2 ; elle avait quarante et un ans.

Trois ans après, la tumeur récidivait sur place. Elle fut de nouveau opérée à quarante-quatre ans.

Enfin il y a douze ans, à quarante-cinq ans, elle fut opérée pour la troisième fois d'un polype du méat urinaire.

Il y a trois ans, à soixante-quatre ans, elle commença à ressentir les mêmes douleurs qui caractérisaient la présence des tumeurs précédentes. La malade se décide alors à entrer salle 8, pour y être opérée une quatrième fois.

Notre malade présente de la pollakiurie, des douleurs au moment des mictions, et enfin une difficulté croissante de celles-ci. Quelquefois, nous dit-elle, il arrive que l'urine ne peut être émise, ce qui l'oblige à contracter violemment ses muscles abdominaux, quelquefois pendant plusieurs minutes. L'urine arrive alors goutte à goutte, provoque à son passage une sensation de brûlure, de picotement très désagréable ayant pour siège la vulve. Le jet d'urine est quelquefois interrompu brusquement et reparaît après une nouvelle contraction de la paroi abdominale et une nouvelle poussée. Enfin avec les dernières gouttes d'urine s'écoulent quelques gouttes de sang. Pendant l'intervalle des mictions, elle a perdu aussi un peu de sang ne provenant pas du vagin. Pas de douleurs vives en dehors des moments où la malade urine. Les urines sont normales.

A l'examen, en écartant les deux nymphes, on aperçoit à l'entrée de l'urètre, implantée au niveau de la paroi postérieure du méat, une tumeur rouge, lisse, du volume d'un gros pois. Cette tumeur ferme comme une véritable soupape l'ouverture de l'urètre. La tumeur est légèrement sensible à l'exploration.

Le toucher vaginal pratiqué, le doigt est fortement serré par le constricteur inférieur du vagin. Col effacé. Utérus sénile.

Intervention le 15 mai 1895. Excision du polype.

Suites opératoires normales.

La malade sort guérie le 17 mai 1895 ; les troubles de la miction ont totalement disparu. Plus de vaginisme inférieur.

Observation XXXIII (Personnelle).

(Service de M. le Prof. Lanelongue.)

F..., âgée de cinquante ans, entre le 9 novembre 1899, salle 8, pour des difficultés dans la miction et des douleurs à ce moment, le tout ayant apparu il y a quinze jours environ.

Premières règles à quinze ans et demi. Neuf accouchements dont

huit normaux. Quatre enfants vivants en bonne santé. Ménopause franchie à quarante-neuf ans sans incident. Jamais, avant le début de la maladie actuelle, elle n'avait souffert pour uriner. Jamais d'hématurie. Les urines ont toujours été claires; pas de graviers.

Il y a quinze jours, elle ressentit de la gêne dans la miction ; elle n'eut cependant pas de véritables douleurs, et deux mictions purent être obtenues sans grands efforts.

Deux ou trois jours après, la malade était obligée de se livrer à un véritable travail pour uriner. Après avoir poussé violemment pendant quelques secondes, le jet d'urine arrivait, puis s'arrêtait brusquement pour repartir après un nouvel effort très douloureux. Chaque miction présentait ainsi cinq ou six arrêts. A chacun de ces efforts, la douleur se faisait ressentir violente, s'irradiait dans le périnée, dans les cuisses, disparaissait quand l'urine s'écoulait au dehors, reparaissait au contraire à la fin des mictions. Deux ou trois mictions par jour.

Depuis le début de la maladie, les efforts qu'elle a faits en urinant ont entraîné un léger prolapsus de la muqueuse rectale. Pas d'urétrorragie. Urines normales.

Femme dont l'état de santé est excellent.

A l'examen de la vulve, on a constaté l'existence d'une petite tumeur du volume d'un pois, allongée, à pédicule implanté sur la paroi postérieure du méat urétral. Elle a une coloration violacée. Son contact n'est pas très sensible et n'amène ni contracture, ni spasmes des constricteurs du vagin, ni de l'anus.

Au toucher, le vagin se continue directement avec le corps utérin sénile. Rien du côté des annexes. Un peu de prolapsus rectal.

Intervention, le 9 novembre 1899. Sans anesthésie, le polype est excisé d'un coup de ciseaux. On fait un point de suture au niveau de la petite plaie.

Le soir même, la malade urine seule, normalement.

Elle sort complètement guérie le 13 novembre 1899.

Observation XXXIV (Inédite).

(Service de M. le Prof. Demons; due à l'obligeance de M. le Dr Verdelet.)

P..., âgée de soixante-deux ans, domestique, entre salle 9, le 6 décem-

bre 1899, pour des troubles de la miction apparus huit mois auparavant, en avril dernier.

Premières règles à quatorze ans; se marie à vingt-huit; un accouchement à terme effectué dans de bonnes conditions. Il y a quinze ans, elle aurait toussé, craché un peu et aurait présenté des sueurs nocturnes. Quelques troubles au moment de la ménopause.

En avril 1900, à la suite d'une vive émotion, elle éprouve un malaise général, quelques palpitations cardiaques, et des douleurs dans le bas-ventre. Les douleurs abdominales ne disparaissent pas et s'accompagnent d'irradiations douloureuses dans les lombes; la marche elle-même devient bientôt pénible; aussi la malade est-elle obligée de s'immobiliser.

A la fin de mai 1900, surviennent des troubles de la miction. Celle-ci devient fréquente; il existe du ténesme vésical, chacune d'elles ne donnant issue qu'à quelques gouttes d'urine. Les douleurs, supportables au début de la miction, deviennent intolérables à la fin. A trois ou quatre reprises différentes, on a pu s'apercevoir que sa chemise présentait des taches de sang. Il faut dire que ces hémorragies légères coïncidaient nettement avec une diminution dans l'intensité de la douleur. L'écoulement sanguin produit, tout semblait rentrer dans le calme. Les douleurs ressenties au niveau de la vulve ont des caractères variables; ce sont des brûlures très vives ou des sensations de picotement.

Il y a vingt jours, la malade a eu une crise très douloureuse, plus violente encore que les précédentes, d'une durée de huit jours, et qui s'est terminée par une petite hémorragie, dont elle a constaté l'empreinte sur son linge.

La constipation est devenue très opiniâtre.

Actuellement, il n'existe ni douleurs, ni troubles de la miction. La malade ne se plaint que de douleurs pendant la marche, que d'une sensation de cuisson au moment de la miction. La tumeur siégeant au niveau de la vulve saignerait encore quelquefois. Jamais il n'y aurait eu de rétention d'urine.

A l'examen, on constate au niveau du méat urinaire la présence d'une tumeur entr'ouvrant celui-ci, du volume d'un gros pois. Elle est de couleur rouge vin, congestionnée, implantée sur la paroi postérieure du canal. Elle est assez résistante au toucher et a la consistance d'hémor-

roïdes. Elle n'est pas sensible au palper. A la partie inférieure de ce gros polype il en existe un second plus petit.

Intervention, le 13 décembre 1900. Pas d'anesthésie générale. Simples attouchements de la région à la cocaïne. Excision des polypes. Petite suture au catgut.

Le soir même, la malade urine beaucoup mieux.

Le 28 décembre, à l'examen, le méat est un peu rouge, mais les plaies sont entièrement cicatrisées. Sortie de la malade.

Observation XXXV (Personnelle).

(Service de M. le Prof. Lanelongue.)

B... âgée de cinquante-neuf ans, entre salle 8, le 18 octobre 1900, pour des douleurs qu'elle ressent dans le bas-ventre, des pertes hémorragiques abondantes, accompagnées de leucorrhées. Le début remonte en août 1900. Elle présente en outre de la pollakiurie.

Premières règles à quatorze ans; se marie à vingt-deux ans; pas d'accouchement. Ménopause à quarante-huit ans, survenue sans incident.

Le 19 juillet dernier, sans cause apparente et sans douleurs, elle commence à perdre abondamment du sang; le lendemain, elle expulse des caillots. Depuis ce temps, elle n'a pas cessé de perdre du sang, en même temps que son ventre augmentait de volume progressivement.

La malade a du ténesme vésical, elle est constipée; elle nous dit uriner depuis deux mois toutes les dix minutes, c'est-à-dire un nombre incalculable de fois pendant le jour et la nuit. Elle expulse chaque fois quelques gouttes d'urine avec douleur et peine. Jamais d'hématurie.

A l'examen, femme un peu anémiée.

Le ventre est un peu volumineux, développé surtout sur la ligne médiane.

A la palpation, présence d'une tumeur dure, régulière, remontant jusqu'à l'ombilic, s'engageant en bas dans le bassin, peu mobile dans l'abdomen, mate à la percussion, un peu sensible au toucher.

Au toucher, tumeur ulcérée, dure, s'engageant dans le col dilaté et aminci, faisant saillie de la tête d'un fœtus dans la cavité vaginale et se continuant en haut avec la tumeur sentie par la paroi abdominale.

On administre, les 19, 20, 21 octobre, de l'ergot de seigle pour faciliter l'issue du polype utérin qui se dégage peu à peu au dehors.

En suivant la marche progressive du travail, nous constatons alors au niveau du méat urinaire la présence d'une tumeur de coloration rosée, du volume d'un noyau de cerise, appendue au-devant du méat urinaire. Elle possède un pédicule assez long, de 15 millimètres environ, qui la rattache à la paroi postérieure de l'urètre. Elle est piriforme, sa grosse extrémité est libre, tandis que la petite se continue avec le pédicule. Sa surface est régulière; son contact provoque une contraction vive des muscles de la région. Découvrant ce nouveau point de vue, nous interrogeons la malade et apprenons d'elle que depuis environ quatre ou cinq mois elle éprouvait des difficultés de la miction, qu'elle avait de la pollakiurie ; celle-ci s'est accentuée dans ces derniers temps à un tel point qu'elle urinait toutes les dix minutes. Elle ne peut dormir la nuit à cause de ce ténesme vésical. Elle n'a eu ni hématurie, ni rétention d'urine. Depuis trois mois, elle a du vaginisme ; tout rapprochement sexuel est impossible. Urines normales. Rien par ailleurs.

Excision le 21 octobre. Guérison.

Observation XXXVI

(Binaud et Chavannaz, *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux,* 30 août 1896.)

Femme de vingt-trois ans, jamais réglée, mariée à dix-sept ans. Pas de grossesse. Quelques pertes blanches. A douze ans, mictions douloureuses et fréquentes. Elles étaient peu abondantes, mais survenaient quinze fois pendant le jour et six à sept fois la nuit. Les douleurs, très vives au moment de la miction, se prolongeaient aussi dans l'intervalle. Cet état douloureux a paru s'atténuer vers l'âge de quinze ans pour recouvrer une nouvelle intensité à l'âge de dix-sept ans. Au moment de l'examen, mêmes troubles fonctionnels que ceux précédemment présentés. Urines normales.

Examen. — En écartant les petites lèvres, on aperçoit, faisant saillie hors du méat, une tumeur de coloration rouge livide et du volume d'un petit haricot. Cette tumeur, de consistance molle, est mobile et très douloureuse au toucher. En la soulevant légèrement, on aperçoit qu'elle est munie d'un pédicule. Avec le doigt promené sur la paroi antérieure du

vagin, on sent d'autres nodosités également douloureuses à la pression et qui semblent indiquer dans l'intérieur du canal de l'urètre la présence d'autres petites tumeurs.

Tumeur largement enlevée le 13 novembre 1895 sous chloroforme. Suites opératoires simples. Sortie et guérison le 24 novembre 1895.

Observation XXXVII

(Troquart, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 janvier 1886.)

Femme de quarante-cinq ans, bien réglée, a eu huit grossesses et deux fausses couches. Il y a quatorze ans environ a été atteinte d'un écoulement muco-purulent ; depuis, a éprouvé quelques douleurs en urinant. Il y a quatre ans, les douleurs avaient augmenté, elle a été prise brusquement de rétention d'urine. Un médecin appelé à la sonder, a constaté l'existence d'un petit bourgeon, qui fut cautérisé au nitrate d'argent. Depuis ce moment, la rétention ne s'est pas reproduite, mais les douleurs ont persisté ; elles n'ont jamais été très vives et consistent surtout en un sentiment de cuisson pénible au moment de l'émission des urines. La malade a constaté elle-même l'existence d'une petite excroissance charnue peu douloureuse au toucher, ne mettant aucun obstacle aux rapprochements sexuels. Le 6 septembre 1885, elle est atteinte de rétention d'urine.

Examen. — Vessie globuleuse ; en procédant au cathétérisme évacuateur, on remarque l'existence d'une petite tumeur située au niveau du méat urinaire, et obstruant l'entrée du canal. Ce n'était pas là seulement le seul obstacle ; la sonde franchit la tumeur facilement, mais se trouve arrêtée 1 centimètre plus loin, pour passer au delà, sous l'influence d'un effort soutenu. Tumeur du volume d'une noisette, de coloration rosée, peu différente de celle de la muqueuse voisine, rattachée par un large pédicule à toute la moitié inférieure de la circonférence du méat ; son implantation se poursuivait en outre sur une étendue de 1 centimètre en arrière. Sa surface est arrondie, lisse, sans segmentation, de consistance faible ; saignant facilement, nullement réductible à la pression. Ablation et guérison.

Observation XXXVIII

(Tillaux, *Traité d'Anatomie topographique.*)

Sophie D..., âgée de quarante-quatre ans, toujours bien portante jusqu'alors, s'aperçoit qu'elle urine péniblement, quoique sans aucune douleur. La miction devient de plus en plus difficile. Elle se rend à Lariboisière pour se faire sonder. Elle entre le 21 janvier 1873 dans le service de Tillaux. On constate l'existence dans le méat urinaire d'une tumeur du volume d'une petite noisette, implantée sur tout le pourtour de l'orifice, sauf la partie latérale droite. La surface est rosée, granuleuse, saignant au moindre contact.

Ablation de la tumeur le 29 janvier à l'aide d'un serre-nœud ; la sonde passe librement à la suite de l'opération, l'amélioration survient et la guérison complète s'opère le 4 février.

Elle rentre huit jours après le 12 février. Tumeur implantée sur la paroi inférieure du méat et obstruant complètement l'orifice. Le 4 mars, excision avec des ciseaux et cautérisation au fer rouge sur le point d'implantation ; sortie le 16 mars.

Le 12 avril elle rentre présentant de la rétention d'urine ; aucune tumeur à l'extérieur, la sonde est serrée et constate des inégalités du canal. Avec une curette on fait le grattage de l'urètre en plusieurs séances. On ramène chaque fois du sang et des débris de polype. Guérison le 17 mai.

Le 28 mai, nouvelle rétention d'urine. Sur la paroi inférieure du méat existe une tumeur du volume d'un haricot. Le 8 juin, excision de la tumeur et cautérisation du pédicule au perchlorure de fer. Guérison, le 12 juin.

Le 16 août, nouvelle rétention ; pas de polype ; nouveau curettage de l'urètre.

En octobre, nouvelle rétention, elle se fait sonder ; elle remarque que la rétention complète survient immédiatement après les règles.

Le 9 décembre, la malade ne peut uriner seule, la sonde pénètre bien dans l'urètre; pas de tumeur. Le 17, dilatation forcée du col de la vessie. La guérison s'est maintenue dans la suite.

Observation XXXIX

(De Bary, *Arch. für pathol. Anat. und. Phys.* Berlin, 1886, CVI, 65.)

Depuis un an, femme de cinquante ans fait des efforts pour aller à la selle et uriner ; tumeur molle, fluctuante, fixée au méat, aspect rouge sang, par endroits elle est un peu macérée. Il s'agit d'un kyste, qu'on enlève à l'écraseur.

Observation XL

(Rey, *Bulletin médical du Nord*, 1868.)

Femme de trente-six ans, six grossesses ; douze ans auparavant, constate l'existence d'une tumeur siégeant au niveau du méat urinaire, elle augmente de volume. Le jet d'urine est dévié. L'orifice de l'urètre est bouché; la tumeur est recouverte d'une membrane muqueuse ulcérée par places, donnant issue à un peu de liquide sanieux ; parfois le détachement de tissus gangrenés donne issue à du sang. Elle s'implante sur la paroi supérieure du méat par un large pédicule.

Ligature du pédicule. Guérison. Il s'agit d'un fibrome.

Observation XLI

(Témoin, Société anatomique de Paris, 24 mai 1889.)

Fibrome du méat du volume d'un petit œuf de poule, obturant les trois quarts de l'orifice vulvaire, déterminant des douleurs et des troubles de la miction.

Observation XLII

(Buttner, *Zeitschr. für Geburst. und Gynœk.*, Bd XXVIII, p. 122.)

Femme de quarante ans, depuis un an présente de la pesanteur au niveau de l'urètre ; depuis quatre semaines a grossi plus rapidement. L'urine ne s'écoule que goutte à goutte. Tumeur ulcérée, rattachée par un large pédicule à la paroi antérieure du méat urinaire. Il s'agit d'un myome.

Observation XLIII

(Lejars, Leçons de chirurgie, 1893-1894.)

Femme de quarante ans, présente depuis un an une tumeur de l'urètre, indolore, dure, qui a grossi depuis, gênant la marche et la miction ; ulcérations superficielles. Elle a une large base d'implantation. Il s'agit d'un fibro-myome.

Observation XLIV (*in* Thèse Jondeau).

Femme de soixante-quatre ans, difficultés des mictions douloureuses ; méat urinaire tuméfié ; cette tuméfaction se présente sous forme d'une petite tumeur mamelonnée. Cautérisation. Guérison.

Observation XLV (*in* Thèse Lemoine).

Jeune fille de quinze ans, depuis quelques jours urine avec efforts et douleurs. Tumeur d'un rouge vif, d'une sensibilité exagérée, s'insérant en arrière. Excision. Guérison.

Observation XLVI (*in* Thèse Ménestrez).

Femme de quarante-cinq ans, a depuis dix ans un polype du méat ; douleurs pendant la miction, écoulement blanchâtre, a été opérée tous les un ou deux mois, les symptômes disparaissent chaque fois pour reparaître ensuite. Polype faisant saillie au dehors, très sensible au toucher. Excision.

Observation XLVII (*in* Thèse Perrault).

Femme âgée de quarante ans, d'un tempérament nerveux, ayant quelques leucorrhées, présente des douleurs assez marquées dans le bas-ventre et les reins ; troubles de la miction, épreintes. Très préoccupée de cet état. A l'examen, vulve un peu rouge, sensible au toucher. Au méat urinaire et encadrée par lui, existe une tumeur polypeuse, assez développée, d'un rouge veineux. Le pédicule est assez large ; la tumeur

s'implante en éventail sur la paroi postérieure de l'urètre à quelques millimètres du méat. Un peu sensible au toucher. Excision. Guérison.

Observation XLVIII (Perrault).

Femme de soixante-douze ans, deux grossesses ; il y a deux mois, ressent des douleurs cuisantes en urinant, s'aperçoit de l'existence d'une petite tumeur du méat. Mictions très fréquentes revenant tous les quarts d'heure environ dans la position verticale. Cette pollakiurie est très atténuée par le repos au lit, elle oblige cependant la malade à se lever deux ou trois fois par nuit. Jet normal, mais mictions douloureuses, le passage des urines produisant une cuisson intense et occasionnant à la fois du ténesme vésical très prononcé et des douleurs expulsives. Urines normales, santé générale excellente. Méat entr'ouvert, laissant passer une petite tumeur ; de coloration rouge cerise, tranchant sur la coloration pâle de la muqueuse, elle sort au dehors quand la malade pousse, elle est pédiculée, elle a le volume d'une petite amande. Excision, guérison, mais il reste encore un peu de prolapsus de la muqueuse urétrale.

Observation XLIX (Perrault).

Femme de vingt-trois ans, une grossesse à vingt ans, leucorrhées, mictions fréquentes indolores. Petit polype urétral, effilé, de coulenr rouge cerise. Excision. Guérison. Tumeur papillaire.

Observation L (Perrault).

Femme de trente-quatre ans, trois grossesses à vingt, vingt-quatre et trente-deux ans ; pertes jaunâtres, syphilis ; depuis trois mois, règles irrégulières, mictions fréquentes, non douloureuses. Cystocèle, rectocèle. Petit polype du méat indolore.

Observation LI (Perrault).

Femme de soixante-quinze ans, deux accouchements normaux ; il y a quatre mois qu'elle urine difficilement, les mictions l'obligent à de nombreux efforts très violents. Léger degré de cystocèle ; à l'entrée du

méat urinaire, petite tumeur, rouge lie de vin, semblable à une languette; insérée en arrière, sort au dehors sous l'influence de l'effort. Excision. Guérison.

Observation LII (*in* Thèse Repiton-Preneuf).

Femme de vingt-cinq ans, pas de leucorrhées, pollakiurie, douleurs de la miction depuis un mois avec sensation de cuisson au moment du passage de l'urine. Polype du méat nettement pédiculé, implanté sur la paroi postérieure. Excision. Enorme papille avec nombreux vaisseaux, recouverte de l'épithélium.

Observation LIII (Repiton-Preneuf).

Femme de soixante-six ans, pollakiurie; vingt-cinq à trente mictions par jour, ténesme, amaigrissement, perte d'appétit. Tumeur implantée sur la paroi postérieure. Excision. Guérison.

Observation LIV

(Emmet, cité *in* Thèse Repiton-Preneuf).

Depuis plusieurs années ténesme vésical, douleurs de la miction, polype du méat. Excision et guérison.

Observation LV

(Le Dentu, cité par Weisgerbeer, Thèse de Paris 1877.)

Femme de cinquante-sept ans, présente des douleurs pendant la miction. Petite tumeur violacée, du volume d'une lentille, saignante et douloureuse. Ablation avec le serre-nœud après incision du canal.

Observation LVI (Le Dentu, *Loc. cit.*)

Femme de soixante-dix ans, ménopause à cinquante et un ans, quatre accouchements, quelques leucorrhées; depuis quatorze ans, présente au niveau du méat urétral une petite tumeur, pas de douleur, mais le jet d'urine est dévié. Elle présente maintenant de la rétention d'urine, qui

s'écoule goutte à goutte. Douleur cuisante le long du canal. Tumeur grosse comme une noisette, fait saillie entre les lèvres du méat, qui sont œdématiées et douloureuses. Tumeur rouge fortement congestionnée et étroitement serrée entre les bords du canal. Deux jours après, la tumeur se gangrène et s'élimine peu à peu ; au bout de quelques jours il n'en reste plus rien et l'on voit le pédicule dans l'urètre à environ 3 millimètres du méat.

Observation LVII (Weisgerbeer).

Femme de cinquante-neuf ans, hystérique, a eu quatre enfants. Envies fréquentes d'uriner ; le jet s'arrête brusquement ; pollakiurie plus insupportable dans la position verticale que dans la position couchée. Les douleurs occupent le vagin, la vulve ; elles s'irradient vers le bas-ventre ; elles atteignent leur maximum au niveau même du méat, où l'on voi une masse charnue, sessile, ayant la forme d'un tubercule, de consistance mollasse et d'une coloration semi-rougeâtre. Elle est très douloureuse. Excision. Cautérisation de la plaie au nitrate d'argent. Guérison.

Observation LVIII (Garnier-Mouton).

Femme de cinquante-huit ans, depuis dix jours pollakiurie et douleurs fréquentes à la miction. Méat urinaire dilaté, présentant à sa partie inférieure deux petites tumeurs du volume d'un gros grain de millet, rouges, vasculaires. Léger rétrécissement de l'urètre. Excision. Guérison.

Observation LIX (Jondeau).

Femme de trente-sept ans, leucorrhées habituelles, début il y a huit mois par de la polliakurie ; douleurs vives au niveau de la vessie et du col. Petit polype. Cautérisations.

Observation LX (Jondeau).

Femme de vingt-huit ans, il y a deux ans, blennorragie ; depuis deux mois, douleurs de la miction existant depuis longtemps, augmentent. Envies irrésistibles d'uriner, même quand la vessie est vide. Polype

situé à 3 millimètres du méat, s'implantant en arrière, petit, rouge, vasculaire, douloureux au toucher. Excision et cautérisation de la plaie.

Observation LXI (Péan, *Cliniques*).

Femme de cinquante-six ans, depuis deux ans gêne de la miction avec fréquents spasmes de l'urètre. Polype implanté en arrière à 5 millimètres du méat. Excision. Guérison.

Observation LXII (Romant)

Femme de soixante-trois ans, pollakiurie et insomnie ; tumeur implantée sur lèvre postérieure du méat, douloureuse. Cautérisations à l'acide chromique. Amélioration.

Observation LXIII (Jondeau).

Femme de quarante-deux ans, deux grossesses ; jamais de leucorrhées, depuis deux mois pollakiurie, douleurs parfois très vives de la miction. Méat dilaté à l'orifice duquel fait saillie un polype du volume d'un haricot, rouge, lisse, luisant, s'insérant sur la paroi postérieure de l'urètre, sensible à la pression, saignant facilement. Cautérisations au nitrate d'argent. Amélioration.

Observation LXIV (*in* Thèse Fleyssac).

Femme de trente ans, envies fréquentes d'uriner ; mictions très douloureuses ; le méat a son extrémité boursouflée, il forme un bourrelet circulaire, où se trouvent attachés de petits lobules plus gros qu'une lentille, sans pédicules. Excision.

Observation LXV

(Bouloumié, *Union médicale,* 1880.)

Femme de quarante-sept ans, présentant de la vulvite et de la vaginite anciennes ; douleurs, mictions fréquentes, malaise, troubles digestifs. Tumeur petite du volume d'un grain de maïs, à pédicule large, s'insé-

rant sur la paroi postérieure du méat, de coloration rouge vif, de sensibilité exquise. Excision. Guérison.

Observation LXVI (*in* Thèse Pourtier).

Femme de cinquante-neuf ans, douleurs en urinant depuis un mois ; tumeur altérée, rouge violacé, du volume d'un œuf de pigeon, à forme polypoïde, dont on arrive aisément à circonscrire le pédicule. Au centre, méat ; irréductible. Incision. Suture. Guérison. Prolapsus de l'urètre.

Observation LXVII (Jondeau).

Femme de vingtet un ans, début il y a deux mois, a des démangeaisons ; depuis un mois que la tumeur a grossi les mictions sont devenues douloureuses. La tumeur saigne, la marche est pénible. Tumeur noirâtre, odeur infecte de gangrène ; s'implantant sur le bord gauche du méat. Ligature. Guérison.

Observation LXVIII

(Morard-Richard, *France médicale,* 1888.)

Fillette de dix ans, présente des difficultés et des douleurs de la miction. Vives cuissons, perd un peu de sang au moindre tiraillement ; quelques leucorrhées, urine sur ses talons. Polype de couleur rouge vif, framboisée, de consistance molle, saignant au moïndre contact, longue de 4 centimètres. Ligature. Guérison.

II. — **Troubles de la miction.**

Ces troubles ont une importance considérable dans la symptomatologie des tumeurs du méat. On comprend aisément, qu'étant donné une tumeur quelconque placée sur le trajet du conduit urinaire, elle puisse porter à un moment donné obstacle au libre écoulement de l'urine.

En dehors de la douleur ressentie au moment de la miction, de cette sensation de brûlure due au passage de l'urine et à son contact avec une muqueuse parfois excoriée, il faut

signaler des troubles sinon plus importants, du moins tout aussi pénibles.

En premier lieu, plaçons la pollakiurie ; les malades atteintes de polypes du méat urinent presque toutes très souvent ; elles ont jusqu'à dix, vingt mictions dans les vingt-quatre heures; nous avons vu une malade qui urinait toutes les heures, bien que ne présentant aucun trouble de l'appareil vésical. Cette pollakiurie est accompagnée assez souvent de ténesme vésical. Blot et Jondeau parlent d'une femme qui n'osait sortir à cause des fréquentes envies d'uriner. Nous avons pu nous-même en observer une qui urinait à peine quelques gouttes toutes les dix minutes. Cette pollakiurie et ce ténesme vésical sont les phénomènes qui effraient, affolent le plus les malades. Certaines d'entre elles cependant, par suite des douleurs de la miction, retardent le plus longtemps possible le moment d'émettre l'urine, elles la retiennent tant que cela leur est possible.

On observe, quoique cependant assez rarement, dans les cas de tumeurs du méat, de la rétention d'urine. Cette rétention d'urine peut s'effectuer par deux mécanismes différents, soit parce que la tumeur par son volume obstrue complètement le méat, soit qu'il se fasse à son niveau ou au-dessus d'elle un spasme de l'urètre. Les deux mécanismes se confondent et peuvent jouer leur rôle à la fois, comme ils le jouent séparément. La rétention peut être complète ; elle peut être aussi incomplète : les malades alors urinent par regorgement et ont une véritable incontinence d'urine. Cette incontinence est due à la dilatation de la portion du canal qui se trouve en arrière de l'obstacle. Le col de la vessie perd sa contractilité et le réservoir se trouve distendu par le liquide. Les malades urinent par regorgement, le trop plein arrivant à vaincre la résistance.

Le jet d'urine est parfois déformé, diminué par la présence de la tumeur, souvent dévié : « La malade pisse fourchu », comme disait Ambroise Paré. Ces troubles sont dus à un rétrécissement du canal, rétrécissement qui pour M. Richet

serait réel ou spasmodique : réel, quand par sa présence la tumeur obstrue le canal urétral; spasmodique, ce qui s'observe plus fréquemment quand il se fait une contracture réflexe de la tunique musculaire, entretenue par la présence de la tumeur, jouant le rôle d'épine irritative.

Si la tumeur est volumineuse et obstrue complètement le méat urinaire, le jet n'existe plus, l'urine s'écoulant en nappe; la femme urine sur ses talons. Il arrive quelquefois que pendant l'émission de l'urine le jet se trouve interrompu. Pour que le jet reparte il faut un nouvel effort de la part de la malade. La miction peut ainsi être interrompue à différentes reprises et nécessiter à chaque fois des contractions violentes des muscles abdominaux, ce qui, on le conçoit aisément, n'est pas sans entraîner parfois certaines complications.

III. — Troubles de l'appareil génital.

Observation LXIX (Personnelle).

(Service de M. le Prof. Lanelongue.)

Marie E..., quarante et un ans, entre salle 8, lit 21, le 8 novembre 1899, pour vaginisme, écoulement de sang par l'anus, tumeur péri-anale, constipation habituelle, qu'a remplacée depuis neuf jours une diarrhée abondante.

Pas de maladies dans l'enfance. Premières règles à treize ans, régulières, se marie à dix-sept ans et demi. Pas d'accouchements, ni de fausses couches. En 1891, sans cause appréciable, les rapports conjugaux deviennent impossibles à cause des douleurs très vives que provoque tout attouchement de la paroi vaginale au niveau de la vulve. A partir de cette même date, les règles deviennent moins abondantes qu'autrefois, à peine rosées, et ne durent qu'un seul jour. Elles sont précédées et suivies d'une sensation de tension dans le bas-ventre qui, dit-elle, deviendrait volumineux. Cette sensation désagréable disparaît à l'aide de grands lavages superficiels. La malade se sert bien d'une canule pour ses injections vaginales, mais ne peut l'enfoncer à plus de

2 centimètres environ. Dans l'intervalle des règles, sensation de picotement sur la muqueuse vaginale, picotement qui devient désagréable.

Histoire de la maladie. — En 1895, elle entre à l'hôpital, salle 5. On lui enlève un petit polype du méat urétral, mais le vaginisme continuant à persister, on l'aurait dilatée après anesthésie. Elle ne fut améliorée après cette intervention que pendant une dizaine de jours ; les phénomènes revinrent avec leurs caractères précédents, et ont persisté jusqu'à ce jour.

Depuis de longues années, elle est constipée, passant facilement dix à douze jours sans aller à la selle. Il y a neuf ans, en 1890, elle remarque l'existence d'un bourrelet péri-anal qui donnait quelquefois lieu à quelques hémorragies. Il y a neuf jours qu'elle présente une diarrhée abondante, à laquelle ont succédé du ténesme rectal, un écoulement glaireux et sanguinolent par l'orifice anal. Absolument aucun trouble de la miction.

A l'examen, bourrelet hémorroïdaire avec ulcérations. Il existe au niveau du méat urinaire un petit polype implanté par une large base sur la paroi postérieure du méat. Celui-ci a une consistance ferme, une coloration rouge foncé. Son contact est douloureux et amène un spasme des sphincters. Urines normales. Rien par ailleurs.

Excision du polype le 16 novembre 1899. Sutures au catgut. On dilate les sphincters sous chloroforme.

Le 22 novembre, elle prend des injections vaginales ; la canule s'enfonce jusqu'au col sans douleurs. Guérison complète.

Sortie le 24 novembre.

Le 15 décembre, la malade guérie est en parfait état.

Observation LXX (*in* Thèse Dupin).

Femme de vingt-quatre ans, les rapprochements sexuels sont impossibles. Il existe un peu de pollakiurie. A la partie antérieure de l'urètre, se voit une petite tumeur rouge vif, framboisée, composée de plusieurs lobes séparés par des fissures ; elle s'insère largement à la partie inférieure et latérale du méat. Saigne facilement, douloureuse, rétrécissement en arrière du polype. Spasme vaginal. Excision. Cautérisation. Guérison.

Observation LXXI (Perrault).

Femme de vingt-sept ans, mariée à vingt-deux ans, pertes blanches, les rapports sont très douloureux; depuis deux ans surtout, ils sont devenus intolérables et ont même dû être abandonnés. Les mictions sont normales, sauf depuis quelques jours où il existe du ténesme vésical. Vaginisme très nettement constaté. Petits polypes du méat. Excision. Guérison.

Observation LXXII (Beigel).

Femme de cinquante ans, remarque depuis cinq ans l'existence d'une tumeur urétrale qui met obstacle, par la douleur dont elle est le siège, aux rapprochements sexuels. Quelques petites hémorragies. Tumeur du volume d'une noisette, sortant du méat sous forme de polype. Excision et attouchement au perchlorure de fer. Guérison. Sarcome.

IV. — Troubles de l'appareil génital.

Indépendamment de la souffrance que réveille la menstruation, des irradiations douloureuses du côté des organes génitaux internes, les polypes de l'urètre s'accompagnent parfois de vaginisme. Celui-ci, quand il existe, est un phénomène extrêmement pénible pour les malades. Le plus petit attouchement de la tumeur est suffisant pour amener une contraction vive et douloureuse des constricteurs du vagin, le plus souvent du constricteur inférieur. Aussi comprend-on dans ces conditions la difficulté des rapports sexuels, parfois même leur impossibilité. Le toucher vaginal lui-même ne peut être pratiqué. A peine le doigt a-t-il franchi l'orifice vaginal, qu'il est enserré comme dans un étau et qu'il est obligé de se retirer. Les malades ne peuvent prendre aucun soin de propreté et il leur est impossible d'enfoncer dans la cavité vaginale une canule quelconque, tous ces essais restant infructueux et étant la cause de douleurs intolérables. Ce vaginisme s'accompagne quelquefois en même temps de spasmes de l'urètre, ce qui détermine des troubles de la

miction; il peut s'accompagner de spasmes du sphincter anal, indépendamment du ténesme rectal qui peut se produire dans les mêmes conditions. Si le plus léger contact du polype amène, comme on le conçoit aisément, la contraction spasmodique des différents sphincters de la région, superficiels ou profonds, comme l'ont démontré les recherches de Ch. Richet, on comprend dès lors l'importance des troubles vasculaires, qui se font ressentir au niveau de la tumeur elle-même en en amenant de la congestion, du côté de la muqueuse urétrale prédisposée d'une façon quelquefois toute particulière, enfin du côté du rectum, qui peut secondairement présenter des hémorroïdes, hémorroïdes qui se congestionneraient d'ailleurs si elles précédaient l'apparition de la tumeur du méat.

Pour expliquer l'existence de ces différents spasmes, il faut faire intervenir la théorie du réflexe. Comme MM. Guyon et Arnould l'ont montré, le phénomène réflexe a pour point de départ la tumeur elle-même ou son point d'implantation sur la muqueuse, et se réfléchit sur les sphincters de la région voisine; analogue en cela aux phénomènes particuliers produits par la fissure anale. Les faits énoncés sont si vrais que M. le Prof. Lanelongue démontrait que sur plusieurs de ses malades, en déprimant la fourchette et en usant de toute son attention pour ne provoquer aucune excitation de la tumeur polypoïde, le doigt pénétrait librement sans peine dans le vagin, arrivait jusqu'au col; mais venait-on seulement à frôler la tumeur, brusquement la contraction des sphincters se faisait ressentir intense, et le doigt vaginal se trouvait fortement enserré par la sangle musculaire.

V. — **Hémorragies.**

Observation LXXIII (Personnelle).

(Service de M. le Prof. Pousson.)

Marie T..., soixante ans, entre parce que depuis huit jours environ a remarqué pour la première fois au niveau du méat urinaire une tumeur. Elle n'est plus réglée depuis quarante ans, a toujours été bien portante.

Depuis huit jours, presque brusquement, elle constate qu'elle souffre pendant toute la durée de la miction, elle éprouve une sensation de brûlure au passage de l'urine. L'urine se teinte en même temps de sang. Un suintement sanguin dès lors ne cesse de se produire pendant les mictions et dans leur intervalle. Il existe en plus de la pollakiurie. La tumeur du méat augmente de volume.

Examen. — Rien du côté des différents appareils. A l'examen de la vulve, on constate l'existence d'une tumeur du volume d'une grosse noisette, faisant saillie et issue à travers l'orifice du méat très dilaté. La surface saillante est recouverte par places de surfaces noirâtres. Cette tumeur est peu irrégulière, la muqueuse qui la recouvre est rosée en dehors des points sphacélés signalés. Elle est un peu douloureuse et amène par son excitation une réaction spasmodique des sphincters voisins. L'orifice de l'urètre siège à gauche et en arrière de cette tumeur, s'implantant par un large pédicule sur la paroi postérieure de l'urètre. Cette tumeur saigne facilement, et donne naissance à un liquide sanguinolent et un peu purulent, d'odeur infecte. Rien par ailleurs.

Excision de la tumeur avec les parties prolabées de la muqueuse urétrale ; cautérisation au thermocautère des points d'implantation ; cette tumeur s'est considérablement affaissée et comme flétrie avec son excision.

Observation LXXIV (Personnelle).

(Service de M. le Prof. Pousson.)

Femme de cinquante-deux ans, obèse, arthritique, deux grossesses ; début de l'affection il y a deux ans. Prurit vulvaire, rebelle aux lavages. Pas de troubles de la miction. Le prurit obligeait la malade à se gratter la vulve avec un linge ; il s'écoulait alors du sang. Depuis quelques mois, les hémorragies sont devenues plus abondantes ; elles ne se sont jamais produites pendant la miction, qui a toujours été normale. Il y a un an, excision du polype aux ciseaux ; huit mois après, récidive et mêmes phénomènes qu'auparavant, c'est-à-dire hémorragie.

Examen. — Polype très pédiculé, implanté sur la lèvre postérieure du méat, du volume d'un grain de blé, saignant au moindre attouchement.

Excision. Il s'est produit après l'opération quelques petites hémorragies qui se sont arrêtées spontanément. Guérison.

Observation LXXV

(Service de M. le Prof. Piéchaud ; due à l'obligeance de M. Rocher, interne du Service.)

Jeune fille de dix ans, bien portante; il y a vingt jours la mère s'aperçut que la chemise de son enfant était teintée de sang ; un jour après, l'enfant accusait des douleurs en urinant. Les hémorragies continuent à se produire.

Au niveau du méat urinaire, tumeur sessile, aplatie transversalement, insérée sur le vestibule entre le clitoris et l'orifice vaginal, rouge sombre, très enflammée, présentant à sa partie supérieure à gauche un petit point de sphacèle, plus développée en bas qu'en haut, donnant l'aspect d'une tumeur polypoïde du méat, mais centrée par l'orifice de l'urètre. Irréductibilité de la tumeur. Pas de vulvo-vaginite. Depuis les soins antiseptiquès, tumeur moins rouge; point de sphacèle éliminé. Un peu de pollakiurie.

Excision. Guérison.

Observation LXXVI

(Petit, Soc. anat. de Paris, 12 juillet 1889.)

P..., âgée de cinquante-neuf ans, remarque qu'à la suite de grandes fatigues elle perd du sang par la vulve ; elle éprouve ensuite de vives douleurs pour uriner et marcher ; ces phénomènes vont en s'accentuant, en même temps qu'elle présente des frissons, de la fièvre, et qu'elle s'affaiblit.

En écartant les deux grandes lèvres, on constate l'existence d'une tumeur présentant le volume et la forme générale d'une petite noix. Cette tumeur est d'un rouge vineux, bosselée, de consistance ferme, sensiblement égale en tous les points ; elle présente par places des pertes de substance superficielles recouvertes de sang coagulé. Elle se trouve fixée à la paroi postérieure du méat par un mince pédicule.

Observation LXXVII

(Dubar, *Bulletin médical du Nord*, 8 novembre 1889.)

Femme de soixante-dix-neuf ans, depuis six ans se plaint de sensation de chaleur à l'émission des urines et de douleurs souvent assez vives précédant et suivant les mictions. Depuis un mois perd du sang, ce qui l'effraie, en assez grande quantité. Urines sanguinolentes. Tumeur rouge, du volume d'une châtaigne, recouverte de pus, nettement trilobée par la présence de sillons profonds ; elle s'implante par un pédicule gros comme une plume d'oie à 1 centimètre de profondeur sur la paroi antéro-supérieure de l'urètre. Le jet d'urine refoule le polype en avant et en haut ; la miction finie, il semble s'enfoncer dans l'urètre. La miction est accompagnée de douleurs assez vives. Polype sensible au contact. Cystite. Extirpation avec un serre-nœud. Guérison.

Observation LXXVII

(Mengus, *Semaine médicale,* 1885.)

Fillette de huit ans, depuis six mois perd un peu de sang ; au niveau du méat il existe un corps cylindrique, d'un rouge pâle, et percé à son centre d'un trou qui n'est autre que le méat urinaire.

Observation LXXIX (*in* Thèse Pourtier).

Fillette de six ans, présente une tumeur du volume d'une noix, de couleur rouge sombre, presque noirâtre, avec çà et là de véritables plaques grisâtres de teinte sphacélique. Paraît sessile; son pédicule large s'insère en arrière et au-dessous du clitoris. On ne trouve pas le méat. Tumeur saignant au moindre contact. Excision circulaire.

Observation LXXX (Pourtier).

Fillette de sept ans, présente une tumeur du volume d'une noisette saillante entre le clitoris et le vagin ; aspect rouge sombre, et sur certains points marbrée de plaques grisâtres, ulcérées. Le moindre contact provoque un suintement sanguin parfois assez abondant. Excision.

Observation LXXXI (*in* Thèse Weisgerbeer).

Femme de trente-deux ans, gêne de la miction, pisse chaque fois un peu de sang, sent une tumeur à la vulve. Tumeur piriforme, mollasse, du volume d'une noix, siégeant à l'entrée de l'urètre fortement dilaté, et insérée sur la paroi postérieure. Excision. Guérison.

Observation LXXXII (Weisgerbeer).

Femme de vingt et un ans, suspecte de blennorragie, douleur au moment de la miction, urine du sang; tumeur du volume d'un pois, pédiculée, à surface mamelonnée, couverte de légères érosions et saignant au moindre contact. Excision. Guérison.

Observation LXXXIII (*in* Thèse Dollez).

Femme de soixante-dix ans; le médecin est appelé pour une tentative de viol présumée sur elle; tumeur charnue, volumineuse, occupant le méat, décomposée en trois tumeurs implantées sur des pédicules distincts, deux sur les parties latérales de l'urètre, la troisième sur la partie postérieure; tumeur peu douloureuse, saignant au moindre contact.

Observation LXXXIV (*in* Thèse Romant).

Femme anémiée, nervosique; quelques troubles de la miction, présente une tumeur vasculaire saignant un peu au niveau du méat. Excision. Amélioration.

Observation LXXXV (*in* Thèse Ménestrez).

Femme de vingt-huit ans, un accouchement, présente un polype du méat depuis plusieurs mois; opérée déjà depuis deux mois sans succès; polype faisant saillie au dehors du canal, s'implantant par un pédicule à 1 centimètre du méat. Saigne facilement. Cautérisation au galvano-cautère. Guérison.

Les tumeurs polypoïdes, sans cesse soumises à des agents d'irritation de toute sorte, passage de l'urine, attouchements

plus ou moins fréquents, glissement des parties voisines à leur surface, peuvent donner lieu à un suintement sanglant plus ou moins prononcé. Elles saignent d'autant plus abondamment qu'elles sont plus vasculaires; les polypes fibreux par exemple ne donnent issue que bien rarement à du sang. Les polypes vasculaires au contraire donnent lieu à des hémorragies qui peuvent être abondantes. Nous avons vu la quantité de vaisseaux que l'on trouve dans les tumeurs angiomateuses; nous avons signalé en passant l'existence de ces vaisseaux à parois embryonnaires siégeant à fleur de peau, à peine séparés de la surface par deux assises de cellules.

Ces hémorragies se produisent à différents moments : tantôt le sang s'écoule, tachant le linge, dans l'intervalle des mictions; tantôt c'est à l'occasion d'un tiraillement que se manifeste le suintement sanguin; parfois, c'est au moment de la miction même qu'apparaît le sang, simulant par son apparition au moment de l'émission des dernières gouttes d'urine l'existence d'une cystite. Ainsi l'a signalé Schwartz dans les deux cas qu'il rapporte. Ces hémorragies peuvent présenter une telle intensité qu'elles en imposent pour des hématuries violentes, pour des métrorragies et ménorragies.

Chez quelques femmes, qui s'observent mal, ces écoulements sanguins peuvent passer pour le sang des règles survenant à des périodes anormales; chez d'autres ayant franchi la ménopause, pour le retour de ces mêmes règles. Enfin, dans une observation de Dollez citée par Jondeau, l'écoulement sanguin était tel chez une femme de soixante-dix ans, que le médecin fut appelé pour constater une tentative de viol présumée.

Ces hémorragies ne sont que rarement assez abondantes pour mettre la vie des malades en danger. Ce n'est pas par leur intensité que ces pertes de sang acquièrent de la gravité, c'est par leur fréquence. Aussi voit-on des femmes atteintes d'angiomes de l'urètre qui arrivent rapidement à un état émacié et anémié.

Ces hémorragies sont parfois une cause d'affolement pour les malades; elles sont aussi pour le médecin une cause d'erreurs, surtout quand elles constituent les seuls symptômes de la lésion urétrale.

Disons enfin que le sang peut être parfois mélangé à des liquides plus ou moins sanieux et purulents, émanant d'ulcérations de la tumeur.

VI. — Phénomènes généraux.

Les symptômes précédents ne sont pas sans retentir au bout d'un certain temps, quelquefois même rapidement, sur la santé générale.

Les fonctions des différents appareils se font anormalement; les digestions sont quelquefois pénibles; le sommeil disparaît; l'appétit diminue; l'amaigrissement survient. Ce sont là de véritables complications, sur lesquelles nous reviendrons plus tard dans un chapitre particulier.

Disons toutefois encore que si la tumeur apparaît sur un terrain prédisposé, elle donne naissance ou tout au moins favorise l'éclosion de troubles nerveux : mélancolie, neurasthénie, voire même hystérie. Les malades sont obligées de changer leurs habitudes, de garder parfois une certaine immobilité, de suivre un régime sédentaire, et tout cela ne va pas sans jeter certains troubles dans la santé générale.

On le voit donc : les symptômes fonctionnels sont importants et véritablement dans la majorité des cas ne sont pas en rapport avec le petit volume de la tumeur. Il peut arriver que l'attention du médecin ne soit pas portée du côté du méat urinaire et que les malades soient alors soignées pour une toute autre affection que celle qu'elles présentent.

Aussi, pour ces raisons, faut-il ne pas craindre d'examiner systématiquement la vulve et plus particulièrement le méat urinaire de toutes les femmes, qui présenteront des troubles de la miction, qui accuseront des douleurs plus ou moins vives dans la sphère génitale.

Ce sera seulement par l'exploration physique que l'on pourra se rendra un compte exact de l'existence d'une tumeur polypoïde du méat, et de la nature de cette même tumeur.

Symptômes physiques.

Les symptômes physiques ayant une importance de premier ordre pour le diagnostic de la tumeur, en tant que tumeur et variété anatomique, il est indispensable d'examiner le méat urinaire et la vulve dans les meilleures conditions.

Il faut pour cet examen donner aux malades la position gynécologique, sinon on s'expose, avec une attitude autre et une lumière défectueuse, à méconnaître l'existence de la tumeur, à plus forte raison sa nature.

Il faudra ensuite écarter les grandes et les petites lèvres, et les maintenir dans cet état, de façon à avoir constamment sous les yeux l'orifice de l'urètre.

Le plus souvent, les tumeurs du méat sont facilement visibles; elles apparaissent généralement aussitôt qu'on écarte les petites lèvres. Elles peuvent cependant se cacher dans l'intérieur du méat et de l'urètre, surtout lorsqu'elles sont de petit volume, et passer inaperçues.

Leur volume est variable; elles présentent celui d'une lentille, d'un pois, d'un haricot, rarement celui d'une framboise, d'un œuf de pigeon, d'un œuf de poule. Le docteur Desguin, d'Anvers, opéra en 1895 une jeune fille de dix-sept ans, qui portait dans le méat un polype pesant 160 grammes. Ces faits sont exceptionnels; ils méritent cependant d'être signalés. Les dimensions de ces tumeurs ne subissent que de légères modifications sous l'influence des phénomènes congestifs; dans ces cas, elles prennent une consistance plus ferme; leur coloration rouge ou rosée s'accentue et devient plus foncée, voire même violacée; elles peuvent pâlir par la compression et diminuer un peu de volume.

Leur forme est extrêmement variable; elle dépend le plus souvent de leur nature anatomique; nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet plus tard. Tantôt arrondies, tantôt aplaties comme une lentille, étalées en entonnoir ou renflées en battant de cloche, elles affectent les formes les plus variées, les plus irrégulières.

Leur surface extérieure est lisse et régulière, ou tomenteuse, granuleuse et villeuse; des sillons plus ou moins profonds et nombreux peuvent la diviser en lobes.

Leur consistance est tantôt tendue et ferme, tantôt mollasse, voire même fluctuante.

Leur coloration varie suivant leur nature. Elle est violette, rouge sombre ou vif, tranchant ainsi nettement sur la coloration rosée uniforme de la muqueuse voisine. Parfois au contraire elle est grisâtre.

Leur nombre est également variable. Le polype du méat peut être unique, comme il peut en exister plusieurs sur le même sujet.

Au point de vue des rapports que ces tumeurs affectent avec la muqueuse qui leur donne naissance, on peut distinguer des tumeurs sessiles et des tumeurs pédiculées. Cette classification n'a pas de valeur, car elle s'appuie sur un caractère instable, sur un stade de leur évolution.

La tumeur est-elle sessile, elle se continue par un large point d'implantation avec la muqueuse du méat; à peine existe-t-il parfois un collet, qui en marque les limites respectives.

La tumeur est-elle pédiculée au contraire, elle se continue par l'une de ses extrémités ou l'un des points de sa circonférence avec un pédicule plus ou moins long, plus ou moins grêle. Ainsi que nous l'avons vu, le point d'implantation de ces tumeurs se fait au niveau de la face postérieure de l'urètre, rarement au niveau de la face antérieure.

Le polype est tantôt situé au dehors, pendant à l'extérieur; c'est le cas lorsqu'il possède un long pédicule; le plus souvent, il est encadré par les lèvres mêmes du méat. Quelque-

fois enfin, lorsque la tumeur a un volume inusité, elle l'obstrue et le cache.

Le cathétérisme, que l'on doit pratiquer, indique quelles modifications a subi l'urètre. Existe-t-il d'autres tumeurs profondes ; à quel niveau s'insère le pédicule de la tumeur constatée ; où s'insère-t il ; existe-t-il un rétrécissement du canal ; y a-t-il un spasme ? tous renseignements que donne la sonde.

Le toucher vaginal est enfin pratiqué de façon à suivre la cloison vagino-urétrale et à déterminer l'existence d'autres tumeurs possibles, ou une lésion quelconque de l'urètre.

Nous venons d'examiner les signes physiques des polypes de l'urètre en général ; voyons maintenant quels sont les signes fonctionnels et physiques qui nous permettront de diagnostiquer telle ou telle forme anatomique.

Symptômes différentiels des tumeurs polypoïdes du méat urinaire.

Certaines des tumeurs que nous avons étudiées au point de vue anatomo-pathologique ont une allure clinique un peu spéciale qui mérite d'être connue, aussi allons-nous maintenant prendre une à une chacune des formes histologiques et montrer comment elle évolue, de quels symptômes fonctionnels elle s'accompagne et sous quelles apparences physiques elle se présente au chirurgien.

1° Hypertrophie de la muqueuse. — Nous avons vu au chapitre pathogénique quelle était sa formation ; bien souvent cette variété naît et évolue sans bruit, sans symptômes, jusqu'à ce qu'une poussée irritative ou inflammatoire ne vienne transformer l'un des éléments qui la constituent, ou faire naître une production nouvelle. C'est le plus ordinairement par hasard que le médecin, appelé à examiner la malade, constate l'existence au niveau du méat d'un ou de plusieurs bourrelets indolores, qui ne sont parfois qu'une hypertrophie de la crête ou des plis existant normalement à

ce niveau. Ils ne sont pas sensibles, offrent un pédicule plus ou moins large, à plan d'insertion antéro-postérieure, sont recouverts par une muqueuse normale, ne sont pas colorés anormalement, sont peu tendus. Nous avons constaté bien souvent ces tumeurs ; nous n'en avons pas voulu rapporter en détail les descriptions, car elles sont sans aucun intérêt.

2° Papillomes et végétations. — *A*) Les végétations ne s'accompagnent le plus généralement d'aucun symptôme fonctionnel ; pas de douleurs de la miction, ni de douleurs ; elles donnent lieu seulement à un suintement séro-purulent, qui amène sur les parties voisines des excoriations et des érythèmes, se traduisant par un peu de prurit et des démangeaisons. Elles se présentent sous la forme de tumeurs de volume variable, de coloration tantôt grisâtre, tantôt rosée ; de consistance généralement ferme, criant presque sous l'ongle. Leur surface offre un aspect caractéristique ; elle est irrégulière, villeuse, plus ou moins profondément découpée par des sillons qui lui donnent l'aspect hérissé ou en chou-fleur. Elles ne sont pas douloureuses à la pression et s'implantent assez largement sur les parois de l'urètre, le plus souvent en arrière. Enfin elles coexistent souvent avec des tumeurs de même nature, disséminées sur la vulve, l'anus et la face interne des cuisses.

B) *Tumeurs papillaires.* — Elles se confondent au point de vue clinique avec les tumeurs vasculaires. Elles s'accompagnent des phénomènes les plus variés et peuvent donner naissance aux types cliniques les plus différents. Tantôt s'accompagnant de grandes douleurs, empêchant tout mouvement, tout rapprochement, tantôt amenant des troubles de la miction, que nous avons décrits, elles peuvent encore présenter à leur surface de petits écoulements hémorragiques. Elles amènent du côté de l'état général de grandes perturbations, surtout lorsqu'elles sont très douloureuses.

Elles se présentent généralement sous la forme de petites tumeurs, de coloration rouge plus ou moins foncée, tran-

chant sur la couleur rosée de la muqueuse ambiante ; leur surface est lisse, régulière, sans accidents de terrain ; la muqueuse qui les recouvre est fine, vasculaire, délicate. Elles ont une forme variable, ressemblent souvent à un pois ou à une lentille. Elles sont bien fréquemment pédiculées, ce pédicule est long, mince, et s'implante presque toujours sur la paroi postérieure du méat, exceptionnellement sur la lèvre antérieure, au niveau de l'entrée de l'urètre, rarement au delà d'une distance de 1 centimètre de celui-ci. Leur contact peut être douloureux et s'accompagner de spasmes de l'urètre et du vagin.

3° PROLAPSUS DE L'URÈTRE. — Cliniquement, il s'accompagne assez rarement de douleurs, sauf quand la muqueuse qui le constitue est fissurée et ulcérée. En revanche, les troubles urinaires se constatent souvent ; gêne de la miction, douleur légère de cette même miction, un peu de pollakiurie. Presque toujours, il donne lieu à un suintement sanguinolent plus ou moins abondant.

A l'examen physique, la tumeur siège entre le clitoris et le vagin ; si elle est volumineuse, elle peut cacher l'orifice de l'urètre, qui apparaît souvent comme un trou percé au centre et sur un des points de la tumeur. Elle a la forme d'un cylindre plus ou moins volumineux et régulier, taillé en biseau suivant que l'un des points de l'urètre a plus ou moins cédé au prolapsus. Elle est entourée sur son pourtour par un cul-de-sac circulaire, qui forme un véritable sinus, le séparant de la muqueuse vestibulaire. La muqueuse qui la recouvre peut être saine ; elle est plus souvent malade, enflammée, excoriée, saignante. Le prolapsus est total quand le cylindre muqueux est complet, il est partiel quand la muqueuse urétrale n'a cédé qu'au niveau d'un seul de ses points. Il est réductible quand, sous l'influence d'une pression soutenue, il disparaît ; il est irréductible lorsqu'il persiste. Le signe pathognomonique de la lésion classique est la présence de l'orifice urétral au centre de la tumeur, orifice dans lequel peut s'introduire la sonde pour pénétrer dans la vessie.

Le diagnostic de cette variété est parfois difficile, car la muqueuse constituant le prolapsus s'altère et devient tumeur secondaire. Dans d'autres cas, une tumeur primitive entraîne avec elle au dehors la muqueuse urétrale, qui forme un prolapsus secondaire.

4° SARCOMES. — Ces tumeurs sont rares et ont une symptomatologie mal définie ; elles peuvent s'accompagner de tous les symptômes que peut amener dans la région de l'urètre le volume considérable d'une tumeur quelconque : tiraillements, troubles de la miction, gêne des rapprochements sexuels. La muqueuse urétrale qui les recouvre, soumise à des irritations continuelles, peut s'enflammer, s'ulcérer et donner lieu à un suintement sanguin.

Leur volume est variable ; il peut acquérir celui d'une noix, leur consistance est ferme, le pédicule est le plus souvent large et peu développé.

5° POLYPES MUQUEUX. — Ils n'offrent rien de spécial et leur symptomatologie se confond avec celle décrite plus haut au sujet des polypes vasculaires et papillaires.

6° POLYPES FIBREUX. — Ils déterminent très peu de douleurs, gênent la miction, amènent des déviations dans le jet d'urine, gênent par leur volume les rapprochements sexuels.

Ils acquièrent parfois, avant de provoquer l'attention des malades, un volume assez grand, jusqu'à celui d'un œuf. Ils sont peu pédiculisés, leur surface est grisâtre ; la muqueuse n'est altérée que secondairement et tardivement ; leur consistance est ferme, dure, élastique ; ils ne sont pas douloureux.

7° MYOMES ET FIBRO-MYOMES. — Les symptômes qu'ils provoquent sont les mêmes que ceux qui viennent d'être signalés à l'occasion des tumeurs fibreuses. L'évolution des fibromyomes est cependant beaucoup plus rapide que celle des fibromes.

8° ANGIOMES DU MÉAT. — Ces tumeurs ont un développement parfois très rapide ; elles arrivent à acquérir des dimensions volumineuses en quelques jours. Elles s'accompagnent de troubles dus au volume important des tumeurs : gêne de

a miction, déviation du jet, difficulté des rapprochements; de troubles dus aux excoriations secondaires de la muqueuse qui les recouvre : douleurs, cuissons en urinant; de phénomènes dus à leur structure vasculaire : hémorragies. Ces écoulements hémorragiques sont à peu près constants dans les cas d'angiomes. Leur volume, les fissures de la muqueuse amènent dans quelques cas une réaction du côté du muscle urétral, qui présente un spasme, comme Richet l'a démontré; ce spasme peut siéger particulièrement au niveau même de l'orifice urétral, de façon à augmenter la tension de l'angiome et à en amener parfois même le sphacèle.

Les angiomes se présentent sous forme de tumeurs généralement sessiles ou peu pédiculées, extrêmement irrégulières de surface, avec des mamelons, des anfractuosités, des scissures, des lobules, irrégulières de consistance avec des points durs, des points fluctuants. La muqueuse qui les recouvre est violacée, rouge foncé, épaissie dans certains points, amincie dans d'autres; elle peut présenter des ulcérations, des points de sphacèle. La tumeur se tend sous l'effort, elle devient turgescente par la compression de sa base; elle peut même être en partie réductible. Ce sont ces tumeurs que Richet a décrites en donnant la description de ses prétendues hémorroïdes.

9° Névromes. — Ce sont des tumeurs exceptionnelles, qui paraissent se présenter sous l'apparence de petits nodules sous-muqueux très douloureux.

10° Adénomes et Kystes : *A) Adénomes.* — Ils s'accompagnent de symptômes dus le plus souvent au volume des tumeurs qu'ils constituent : gêne de la miction, rétention d'urine, etc. Ils s'accompagnent de douleurs et d'hémorragies lorsque la muqueuse qui les revêt est excoriée.

La muqueuse qui les recouvre est normale comme coloration; leur surface, régulière, peut être lobulée; leur volume peut acquérir celui d'une noix; ils ne sont douloureux, ni réductibles; ils peuvent, quand ils comprennent des loges kystiques, présenter des points fluctuants.

B) *Kystes*. — On les a observés chez des fœtus et des nouveau-nés ; le plus souvent ils apparaissent dans l'âge mûr avec les mêmes caractères précédents, s'accompagnant de fluctuations, se présentant avec des limites bien précises. Les liquides qu'ils contiennent sont verdâtres, jaunâtres, quelquefois purulents ; ils sont toujours visqueux.

En terminant ce chapitre, disons que parfois les caractères que nous venons de donner au sujet de chacune des espèces anatomiques sont insuffisants pour le diagnostic, et que l'examen anatomo-pathologique seul peut donner un résultat précis et satisfaisant.

DES TYPES CLINIQUES

Après avoir étudié un à un chaque symptôme, après avoir essayé de rattacher chacun d'eux à une espèce anatomique, il ne nous reste plus, pour terminer la symptomatologie des tumeurs du méat, qu'à dire comment ces symptômes se groupent chez les malades.

Les types cliniques dans l'espèce sont assurés par la prédominance d'un des symptômes étudiés et l'effacement, l'absence ou tout au moins la mise au second plan des autres signes.

Schématiquement, on pourrait décrire plusieurs types cliniques : 1° douloureux ; 2° urinaire ; 3° génital ; 4° hémorragique ; 5° insidieux.

Pour les décrire, nous n'aurions qu'à reprendre ce que nous avons dit déjà plus haut ; nous ne ferons pas cette répétition. Dans la pratique, il faut dire que les types cliniques énoncés se mélangent souvent chez le même malade et que souvent on est en présence de types combinés.

Nous croyons intéressant de montrer dans un tableau la fréquence des types que nous avons énumérés ; d'après nos observations :

Type douloureux.............	25	observations.
Type urinaire................	51	—
Type génital..................	4	—
Type hémorragique..........	13	—
Type insidieux...............	6	—
Total.............	99	observations.

Le type le plus fréquent est donc le type urinaire.

Il arrive quelquefois que, par hasard, on constate au méat d'une femme des polypes qui ne se sont traduits par aucun symptôme et qui seraient restés longtemps peut-être méconnus sans cet examen fortuit : ce sont les « polypes indolents » de Guérin.

Nous donnons à la suite ces cas de tumeurs silencieuses.

Observation LXXXV (Thiem).

Tumeur du volume d'une noix, ferme, rattachée à la paroi postérieure. Pas de symptômes. Il s'agit d'un sarcome.

Observation LXXXVI (Nicaise).

Femme présentant une petite tumeur du méat s'implantant largement sur la paroi postérieure de l'urètre; elle a le volume d'une noisette, bien limitée, dure, sans trace de fluctuation ; la pression n'est pas douloureuse ; la malade ne s'est jamais aperçue de cette tumeur. A la ponction, il sort un liquide épais, noir, poisseux.

Observation LXXXVII (Tillaux).

Femme de vingt-neuf ans, toujours bien réglée depuis l'âge de quatorze ans; dix-huit mois avant son entrée à l'hôpital, constate l'existence d'une tumeur du volume d'une noisette, occupant la vulve; pas de troubles; depuis cinq mois, la tumeur a augmenté de volume. Masse du volume d'un œuf de poule, implantée en arrière : fibro-myome; dans ces derniers temps, envies fréquentes d'uriner, difficulté des rapports sexuels; douleurs pendant la marche.

Observation LXXXVIII (Perrault).

Femme de trente ans, atteinte de vulvo-vaginite, présente au niveau de la muqueuse urétrale, implantées sur la paroi postérieure, de petites tumeurs polypoïdes qui se sont développées sans amener aucun trouble.

Observation LXXXIX (Garnier-Mouton).

Femme de quarante et un ans, un seul accouchement, présente un petit kyste du volume d'une noisette, siégeant à l'entrée du méat. Au bistouri, il sort un liquide jaune verdâtre, visqueux. Guérison.

Observation XC (Personnelle).

(Service de M. le Dr Lauga.)

Femme de vingt-cinq ans, présente depuis quinze jours des végétations sur la vulve, le périnée, la face interne des cuisses ; elle a des végétations sur la muqueuse vaginale, jusque sur le col utérin. Le tout donne issue à un suintement séro-purulent abondant et fétide, amenant des érythèmes lointains.

Au niveau du méat, implantée sur la paroi postérieure, existe une petite végétation du volume d'un grain de blé, largement implantée, non douloureuse, de surface villeuse, de coloration blanchâtre, de consistance ferme et résistante. Aucun trouble. Excision.

CHAPITRE V

MARCHE — COMPLICATIONS

MARCHE

La marche des tumeurs polypoïdes de l'urètre est généralement lente, quoique progressive; il en est qui évoluent avec une lenteur extrême, jusque pendant une période de quatorze années, sans jamais s'accompagner d'aucun incident grave; il en est d'autres, au contraire, qui ont une évolution très rapide. Cette lenteur ou, au contraire, cette rapidité d'évolution dépendent essentiellement de la nature anatomique de la tumeur envisagée.

Cependant, il ne faudrait pas résoudre cette question d'évolution sans dire que souvent une tumeur de l'urètre peut, comme dans toute autre région, passer longtemps inaperçue et ne traduire son existence que bien des mois, bien des années même après son apparition réelle, par quelque incident qui éveille pour la première fois l'attention des malades ou du médecin.

Après avoir signalé cette cause inévitable d'inexactitude, nous allons pourtant essayer, d'après nos observations, de rédiger le tableau suivant, en tenant compte, d'une part, de l'examen anatomo-pathologique des pièces, d'autre part, du début probable de l'affection. Les malades, sur les observations desquelles nous nous basons pour l'établir, se sont présentées au chirurgien dès l'apparition du premier incident un peu important. Nous pouvons ainsi déterminer une

certaine période comprise entre ces deux termes que nous indiquons, ce qui nous laissera peut-être entrevoir approximativement la durée d'évolution des différentes tumeurs que nous étudions. Nous ne voulons pas donner aux chiffres qui suivent plus de valeur qu'ils n'en ont en réalité, nous les donnons pour ce qu'ils valent.

Entre le premier trouble ressenti et l'opération, il s'est écoulé :

1° Végétations : quelques jours — quelques jours — 1 mois.
2° Angiomes : 1 mois — 4 mois — 3 mois — 1 mois — 3 mois.
3° Polype vasculaire : 6 mois — 1 an — 6 mois — 2 mois.
4° Papillome : 9 ans — 2 ans — 1 an — 12 ans.
5° Adénome, kyste : 4 ans — 1 an.
6° Polype muqueux : 6 ans — 1 an.
7° Fibro-myome : 1 an 1/2 — 1 an — 1 an.
8° Sarcome : 5 ans — 2 ans.
9° Fibrome pur : 12 ans.

Il semble donc que de ces constatations il résulte que les tumeurs qui se développent le plus rapidement sont les tumeurs papillaires et les tumeurs vasculaires. Certaines espèces d'angiomes en particulier auraient une évolution rapide. Au contraire, les tumeurs constituées par des tissus fibreux où l'épithélium est rare ont un développement beaucoup plus lent.

Il est une notion, sur laquelle nous voulons insister : la récidive de certaines de ces tumeurs.

Dans les antécédents des malades que l'on interroge, on relève parfois certains troubles de l'appareil urinaire ou des fonctions génitales. Ceux-ci persistent pendant une période plus ou moins longue, pour disparaître brusquement. Puis, quelque temps après, ces mêmes signes se reproduisent avec plus ou moins de netteté et c'est pour ceux-là que la malade vient consulter le médecin. On constate alors l'existenc d'une tumeur au niveau de l'urètre.

C'est une notion connue, que les polypes du méat urinaire

sont sujets à récidive fréquente. Ce que l'opérateur ait avec ses instruments et ses méthodes, la nature peut le faire tout aussi aisément. On comprend fort bien, en effet, qu'un mouvement brusque, un contact subit, violent, arrivent à arracher le polype de son pédicule plus ou moins long et aminci. Dès lors tous les troubles que sa seule présence provoquait cèdent. Spozdeler cite le cas d'un polype qui tomba de lui-même et fut entraîné par l'urine. De tels cas peuvent passer inaperçus, ils sont loin d'être exceptionnels. Disons-le en passant. la récidive est chose fréquente après l'intervention chirurgicale. Une malade de Tillaux eut dans l'espace d'une seule année sept récidives. Dans plusieurs de nos observations, nous relevons également ces mêmes récidives. Ce n'est pourtant pas que la tumeur ait un caractère malin. L'observation de Tillaux (Obs. XXXVIII), les examens histologiques des tumeurs apparues successivement sur la même malade sont là pour démontrer avec la clinique que les tumeurs récidivantes n'ont aucun caractère de malignité. Disons que ces récidives sont dues à une maladie de la muqueuse urétrale, soumise constamment aux mêmes causes d'irritation, atteinte de prolapsus ou d'autres lésions. Cette récidive peut se faire aux dépens de la cicatrice elle-même, au niveau même du point d'implantation de la tumeur. N'existe-t-il pas en ce point un vestige du pédicule; n'y a-t-il pas à ce niveau une muqueuse plus ou moins altérée dans sa structure intime; aussi cette récidive sera-t-elle d'autant plus assurée que le pédicule sera moins largement enlevé. C'était là l'opinion de Gosselin qui, en 1876, dans la *Gazette des Hôpitaux*, écrivait que la « pullulation est due à ce qu'on n'enlève pas la totalité de la base d'implantation du pédicule » ; aussi conseillait-il, après excision du polype, la cautérisation.

Comme conséquence pratique, nous voyons la portée thérapeutique que nous fournissent ces considérations; nous les mettrons à profit quand nous discuterons les différents modes de traitement proposés.

Les tumeurs polypoïdes du méat peuvent persister fort longtemps ; le plus souvent, elles ne disparaîtront que sous l'influence d'un mode d'intervention raisonnée.

Quelquefois cependant, elles disparaissent spontanément, le plus souvent dans le terme ultime de la pédiculisation, par deux mécanismes naturels : l'arrachement, qui s'effectuera d'autant mieux que le pédicule sera long et mince ; le sphacèle, qui se fera d'autant plus facilement que la tumeur sera volumineuse.

Dans ce dernier cas, il entre un élément nouveau, qui provoque la mortification du polype : la réaction spasmodique des fibres musculaires de l'urètre.

Ce serait là très probablement le mode de terminaison naturelle de ces tumeurs, si le chirurgien n'interrompait pas leur évolution.

COMPLICATIONS

Nous ne reviendrons pas sur chacun des symptômes fonctionnels signalés précédemment. Chacun d'eux, lorsqu'il acquiert une certaine intensité, peut constituer une véritable complication.

On est étonné de voir quelles perturbations considérables causent dans l'organisme ces petites tumeurs.

Nous avons vu les phénomènes graves apparaissant du côté du système nerveux : nervosisme, neurasthénie, mélancolie, hystérie. Plusieurs malades sont poussées au suicide, ainsi qu'il est observé dans le cas de Cock et Gaillard. L'ensemble de ces impressions désagréables peut être tel chez les femmes nerveuses, au dire de Burns, qu'elles peuvent avoir de véritables convulsions.

Nous avons encore vu les perturbations profondes que ces tumeurs amènent dans la vie des malades : celle-ci présente une pollakiurie rebelle et un ténesme vésical intense ; elle n'ose plus sortir de chez elle ; celle-là, craignant de réveiller des douleurs très aiguës, s'astreint à garder au lit

l'immobilité la plus absolue, ou évite d'uriner, se condamnant ainsi à une rétention vésicale plus ou moins prolongée; une autre, craignant les souffrances atroces de mictions fréquentes, n'ose plus ingérer aucun liquide.

Il existe encore d'autres complications sur lesquelles nous voulons insister.

Examinons d'abord celles qui tiennent à la tumeur elle-même. Lorsque celle-ci est appendue à un long pédicule, qu'elle présente en même temps un certain volume, comme toute production pédiculée, elle peut avoir son pédicule tordu. Qu'il se fasse dans ce même pédicule un trouble circulatoire portant sur les veines atteintes de thrombose, sur les artères présentant de l'artérite, le résultat est le même : la tumeur se sphacèle. Que les lèvres du méat aient un spasme prolongé; elles étranglent comme dans un anneau la tumeur qui s'œdématie et se gangrène ensuite. Dès lors une odeur infecte se dégage du foyer de sphacèle; la tumeur, qui se mortifie, devient violacée, noirâtre, se recouvre de plaques ulcérées donnant issue à un liquide sanieux et putride. Ce sphacèle, comprenant une étendue plus ou moins grande de la tumeur, peut devenir l'origine d'accidents inflammatoires et infectieux, tels que lymphangite, abcès, œdèmes des parties génitales, infections de toute nature plus ou moins étendues, plus ou moins graves.

L'hémorragie, nous l'avons déjà dit, ne peut que rarement constituer une complication; cependant, dans certaines formes d'angiomes ou de polypes très vasculaires, les hémorragies sont parfois si répétées, si abondantes même, qu'elles arrivent à anémier profondément les malades.

La rétention d'urine, l'incontinence d'urine, symptômes pénibles par eux-mêmes, prédisposent à des troubles autrement graves : l'infection des voies urinaires, cystites et tout le cortège des inflammations vésicales. Nous donnons ci-contre une observation très instructive sur laquelle M. le Prof. Lanelongue, le 9 janvier 1892, dans une de ses cliniques, attira tout spécialement l'attention de son auditoire.

Observation XCI (Inédite).

(Service de M. le Prof. Lanelongue.)

Malade de soixante ans, ne donnant aucun renseignement, entre avec un abdomen volumineux, douloureux, des vomissements ; pas de garde-robes ; elle arrive avec le diagnostic d'étranglement intestinal ; pas de facies grippé.

Abdomen volumineux, peu sensible, uniformément développé surtout dans la partie moyenne. Globe médian remontant jusqu'à l'ombilic, rénitent ; la pression à ce niveau fait naître le besoin d'uriner, la malade n'ayant pas uriné depuis plusieurs jours. Le cathétérisme donne issue à 4 litres d'urine ; la tumeur abdominale s'affaisse peu à peu pour disparaître.

En mettant à découvert le méat, on constate au niveau de l'orifice de l'urètre l'existence d'une saillie qui en masque l'entrée, saillie de couleur rouge, bilobée, rattachée à la face postérieure du canal, la plus grosse à 1 centimètre environ en arrière du méat, l'autre plus petite au pourtour de l'orifice urétral. Tumeur vasculaire donnant lieu à un suintement en la pressant. Sur le pourtour, pas de vascularisation de la muqueuse.

La quantité d'urine émise par vingt-quatre heures est considérable, de 2 litres 1/2 à 3 litres. Urine trouble sans dépôt caractérisé. Pas d'albumine ; ne renferme que de 2 à 3 grammes d'urée par litre. Pas de cylindres rénaux. La région lombaire droite est anormalement développée ; le rein est gros, perçu par le palper bimanuel, par le procédé du pouce et celui du ballottement ; il existe au niveau de l'extrémité inférieure de cette tumeur un point rénitent. Le rein gauche est également augmenté de volume.

M. le Prof. Lanelongue conclut alors à une néphrite interstitielle résultant de cette rétention d'urine, due elle-même au polype du méat urétral.

Mentionnons ici la théorie de Terrillon, qui n'est pas impossible et qui appellerait notre attention sur une complication mal connue. Nous avons vu en effet que, d'après

Terrillon, les tuberculoses génito-urinaires profondes peuvent être précédées d'une tuberculose primitivement localisée au niveau du méat urinaire, bacillose qui donnerait naissance à un produit de réaction : le polype.

West a signalé des complications du côté de l'urètre ; tels sont les abcès péri-urétraux.

Loin des tumeurs du méat peuvent apparaître des troubles qu'il faut mentionner.

Du côté du rectum, par suite des efforts nécessités sans cesse par l'émission de l'urine, par suite des spasmes de l'urètre étendus aux sphincters de l'anus, il peut survenir des troubles congestifs : des hémorroïdes, qui par l'étranglement consécutif donnent lieu à des accidents non moins graves. On peut, de par le même mécanisme, constater du prolapsus du rectum, qui s'accentuera d'autant plus qu'on laissera persister plus longtemps la tumeur.

Les complications que nous énonçons peuvent encore apparaître au niveau de régions plus éloignées ; apparition de hernies, étranglement de ces mêmes hernies.

Enfin il est un dernier ordre de faits sur lequel nous voulons attirer l'attention : la transformation maligne des tumeurs.

Nous avons vu que toutes les tumeurs polypoïdes sont recouvertes par l'épithélium même de la muqueuse urétrale, qu'elles repoussent et dont elles se coiffent. En outre, dans cette muqueuse ou dans le tissu cellulaire sous-jacent, se trouvent des épithéliums glandulaires qui, parfois, prennent un développement important, au point de constituer un adénome.

Or, que cet épithélium ou que les dérivés de cet épithélium, sous l'influence de l'âge, d'irritations continuelles, comme en est le siège le méat, se mettent à évoluer, on comprend fort bien la transformation d'un polype vasculaire, d'un papillome, d'un adénome en épithélioma, d'une tumeur fibreuse en sarcome.

Nous avons montré précédemment la réalité de cette évo-

lution vers la tumeur maligne ; nous allons résumer quelques observations prises dans la thèse de Serph, observations qui démontrent cliniquement cette transformation.

Observation XCII (*in* Thèse Serph).

Femme de soixante-neuf ans ; un an auparavant ressent en urinant une sensation de brûlure ; la douleur persiste ; il y a deux mois, constate au niveau du méat l'existence d'une tumeur du volume d'un pois ; les urines deviennent sanguinolentes ; à l'examen, tumeur du volume d'une noisette entourant l'orifice urétral, retentissement sur l'état général ; l'examen anatomo-pathologique démontre l'existence de glandes volumineuses, sinueuses, avec des végétations intra-glandulaires ; les cellules tendent à devenir atypiques.

Observation XCIII (Ribéri, cité *in* Thèse Serph).

Femme de cinquante-huit ans ; à l'âge de onze ans avait une tumeur au niveau du méat, indolente spontanément, mais sensible au toucher ; à vingt-sept ans, douleurs de la miction, pollakiurie ; les douleurs s'accentuent ; il existe au niveau du méat une tumeur du volume d'une aveline, dure, avec taches noirâtres, avec ganglions ; le tissu fibro-muqueux présente à l'examen histologique de la dégénérescence squirrheuse lardacée.

Observation XCIV (Lwow).

Femme de quarante-six ans ; a été opérée à l'âge de trente-six ans de polypes du méat urétral ; elle avait alors des douleurs de la miction ; aujourd'hui elle présente de la fréquence, de la difficulté, des douleurs de la miction, elle a maigri ; au niveau du méat, il existe des ulcérations, des végétations molles, saignantes. Il s'agit d'un cancer à cellules épithéliales plates.

Observation XCV (Albarran).

Femme de cinquante-six ans, a été atteinte à vingt-cinq ans de polypes du méat, qui ont été cautérisés ; depuis quelques mois elle a de

la pollakiurie, des douleurs de la miction ; elle a maigri. Tumeur dure, douloureuse, immobilisée et fixée.

On le voit, la transformation de tumeur bénigne en tumeur maligne se fait aux dépens du polype lui-même, et peut se faire encore aux dépens de la partie de la muqueuse urétrale qui lui a donné naissance.

Les faits que nous signalons n'ont pas été mis en lumière par les auteurs ; ils sont de même ordre que ceux que l'on a étudiés au niveau d'autres régions : glandes parotide, maxillaire, mammaire, utérus, estomac, etc. Ils ont aussi une portée thérapeutique importante, et doivent guider le chirurgien.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC — PRONOSTIC

DIAGNOSTIC

Nous avons suffisamment insisté précédemment sur les symptômes des tumeurs du méat pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir longuement à propos du diagnostic.

Nous avons vu l'importance de l'examen physique chaque fois qu'une malade se plaint de troubles vulvaires ou urinaires. L'exploration complète du méat seule permet de lever les doutes.

Lorsque le polype fait saillie à l'extérieur le diagnostic s'impose : il existe une tumeur.

Si la masse est encore intra-urétrale, il faut palper l'urètre par sa paroi inférieure pour en apprécier le volume, la souplesse et la sensibilité. Si l'on trouve sur son trajet un point particulièrement dur ou douloureux, il est nécessaire de recourir à la manœuvre recommandée par Voillemier : presser doucement et sur les côtés avec les doigts, en arrière de la partie renflée, pour faire saillir la végétation entre les lèvres du méat. Quand cet expédient ne réussit pas, il est bon d'explorer le canal en le dilatant avec une pince à pansement, avec le dilatateur de Tripier, ou mieux avec un speculum nasi.

La présence d'une tumeur du méat une fois établie, il s'agit

d'en préciser la nature. Nous avons consacré un chapitre aux différents caractères que présentent les divers types de tumeurs rencontrées au niveau de l'urètre. Nous ne voulons pas insister sur les caractères qui différencient les tumeurs du méat des variétés de chancres que l'on est appelé parfois à constater à ce niveau. L'ulcération, l'infiltration des tissus voisins, la rapidité d'évolution, les adénites concomitantes ne permettent aucune confusion.

Chez une femme leucorrhéique ou malpropre, une tumeur volumineuse, irritée par les causes locales, et macérée par l'humidité constante de la région peut donner lieu à un suintement abondant, fétide, purulent, hémorragique ; des papillomes ont ainsi revêtu toutes les apparences des tumeurs malignes. L'état des ganglions tributaires ne constitue même pas alors un indice de bénignité ; des masses ainsi érodées et enflammées peuvent les influencer au même titre que tout foyer inflammatoire. On a la ressource d'ébarber d'un coup de ciseaux un échantillon de la masse et de la soumettre à l'examen anatomo-pathologique.

Il faut prescrire au surplus la bonne tenue antiseptique de la région; bientôt la tuméfaction ganglionnaire rétrocède; la surface s'assèche et la qualité non cancéreuse de la masse s'affirme.

Il est deux affections du méat avec lesquelles il faudra différencier les polypes de cette région : le prolapsus total de l'urètre et l'ectopie de la vessie. Le prolapsus total se reconnaît à l'orifice circulaire qu'il présente à son milieu; au bourrelet muqueux circulaire, séparé des parties voisines par un sillon circulaire plus ou moins profond. Nous avons vu cependant plus haut combien il est difficile de dire où s'arrête le prolapsus pur de l'urètre et où commence la tumeur du méat. La hernie de la vessie à travers l'urètre est une affection très rare ; on a affaire, en présence de cette affection, à une tumeur libre dans l'urètre, ne présentant point d'orifice central ; le stylet engagé entre la tumeur et les parois du canal s'enfoncera profondément, ce qui serait pathogno-

monique pour Burns [1] ; enfin il péut y avoir de la rétention d'urine.

Il faudra aussi songer à certaines formes de tumeurs, apparaissant au niveau du méat urinaire et s'implantant par un long pédicule sur le col de la vessie.

Une fois le diagnostic de la tumeur et de sa variété établi, on n'a pas encore tous les renseignements nécessaires au diagnostic et aux indications thérapeutiques.

Quel est le nombre des tumeurs ?

Quelle est la nature, le volume, l'importance, la longueur du pédicule ?

A quel niveau ce pédicule s'insère-t-il ?

Sur quelle paroi de l'urètre ?

Dans quel état se trouve la muqueuse voisine ? Est-elle dégénérée, prolabée ?

La tumeur que présente la malade est-elle la première qu'elle ait eue ? Combien y a-t-il eu de récidives ?

Dans quel état se trouve la vessie ? N'y a-t-il pas une lésion concomitante de cet organe.

Autant de questions auxquelles le chirurgien doit donner une solution pour aborder ensuite avec fruit l'étude des indications opératoires.

PRONOSTIC

Par l'exposé des symptômes de la marche et des complications possibles des tumeurs polypoïdes du méat, il est facile de comprendre que le pronostic de cette affection, sans être grave, est cependant d'une certaine importance.

Livrées à elles-mêmes, ces tumeurs déterminent localement des désordres qui méritent toute l'attention du praticien. Outre que leur présence retentit parfois d'une façon déplorable sur l'état général, nous avons vu que leur évolution constante peut les amener à des transformations malignes

(1) John Burns, *Traité d'accouchements*, 1837.

qui assombrissent singulièrement l'avenir. Peut-être certaines de ces productions marqueraient-elles un début de tuberculisation de l'appareil génito-urinaire, comme le prétend Terrillon ? On doit par conséquent songer à cette probabilité.

Quoi qu'il en soit, le pronostic de ces lésions est singulièrement tempéré par la facilité de l'intervention, qui les fait disparaître et, qui, disons-le de suite, n'a aucune gravité ; aucun accident ne s'étant jamais produit dans le cours ou dans la suite des opérations, au moins à notre connaissance.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Nombreux sont les procédés employés pour débarrasser les malades atteintes de l'affection que nous venons d'étudier. Nous allons les passer en revue, nous réservant d'insister sur les procédés qui méritent d'attirer l'attention. Avant de parler des différents procédés opératoires préconisés dans un but curateur, citons pour mémoire le traitement médical. Garru employait un mélange de poudres de sabine et de sulfate d'alumine à parties égales. On saupoudrait de ce mélange les tumeurs, qui se flétrissaient d'abord pour tomber ensuite. Coudmont touchait ces polypes avec un tampon imprégné d'eau blanche.

Bouloumié conseillait l'eau de Vittel à l'intérieur; d'après cet auteur, ce traitement amena des améliorations, voire même des guérisons.

Signalons encore l'usage de l'hydrothérapie, dont on peut faire usage avec un certain succès chez les névropathes.

Dans certains cas, peut-être, le procédé médical a pu donner de bons résultats, mais en général nous ne lui accordons qu'une efficacité illusoire. Tout au plus peut-on l'employer chez les femmes nerveuses et pusillanimes qui refusent toute intervention, et qui pourront bénéficier de la suggestion ou de l'emploi de l'hydrothérapie.

Le traitement chirurgical des polypes du méat doit varier,

suivant que la tumeur est nettement pédiculée ou qu'elle est sessile.

Lorsque le pédicule est long, fin, les différents modes d'intervention sont les suivants : la torsion, la ligature, la cautérisation et l'excision.

1° L'arrachement par torsion a été rarement employé, si ce n'est pour les tumeurs très nettement pédiculées et peu vasculaires. L'hémorragie consécutive, les déchirures, les rétrécissements qui peuvent survenir après l'opération, sans compter la récidive fréquente, ont fait de nos jours et à juste titre abandonner ce procédé. On ne serait autorisé à l'employer que dans certaines formes de polypes muqueux à pédicule extrêmement fin et allongé, et encore dans ce cas ne se mettrait-on pas entièrement à l'abri de toute récidive. La muqueuse sur laquelle s'implante le pédicule renferme des tissus altérés ; en les laissant subsister on s'expose à les voir donner naissance à nouveau aux mêmes productions.

2° Nous en dirons autant de la ligature. Elle consiste à enserrer fortement le pédicule de la tumeur au moyen d'une anse de fil solide. Le polype tombe au bout de trois à quatre jours.

Ce procédé a été employé avec succès par le professeur Schutzemberger. Il a l'avantage de ne pas effrayer les malades et d'éviter tout écoulement sanguin. Toutefois, il s'agit là d'un procédé lent, qui ne peut s'appliquer qu'aux tumeurs longuement pédiculées, qui est difficile à mettre à exécution si le polype est petit et surtout si, comme il arrive quelquefois, sa base d'implantation est située profondément dans l'urètre. De plus, après l'opération, un morceau de pédicule subsiste toujours et peut devenir le point de départ d'une nouvelle tumeur.

Da Camin, dans la *Gazette médicale de Paris*, 1843, rapporte l'observation d'une malade souffrant d'un polype du méat et qui n'avait voulu se soumettre qu'à la ligature. L'excroissance ne put, malgré deux opérations successives, être

complètement détruite. Il n'y eut que demi-soulagement. Pour tous ces motifs, avec Voillemier nous considérons la ligature comme un procédé peu recommandable.

3° La cautérisation est une opération à laquelle on a beaucoup recours pour détruire les tumeurs polypoïdes de l'urètre, et qui compte encore beaucoup de partisans.

Anciennement, on utilisait l'acide azotique, en ayant soin de protéger les parties environnant la tumeur.

Plusieurs chirurgiens ont employé le fer rouge, moyen rapide et énergique. De nos jours, on se sert du thermocautère, de préférence ; on utilise également l'anse galvanique. M. le Prof. Bergonié a traité de cette dernière façon une malade porteur d'un polype du méat ; il aurait eu consécutivement à dilater l'urètre, siège d'un rétrécissement cicatriciel. D'ailleurs nous ne sommes pas seul à insister sur l'inconvénient de cette méthode thérapeutique. M. Tillaux, en effet, recommande beaucoup de prudence dans l'emploi de ce procédé. Bon nombre d'observations ont d'ailleurs été publiées sur ce sujet et prouvent que cette crainte n'est pas chimérique.

On est revenu dans ces dernières années aux cautérisations chimiques. De préférence on emploie le nitrate d'argent et l'acide chromique. On ne saurait trop insister sur les dangers, auxquels on expose les malades en les utilisant trop largement. Il faut beaucoup de prudence, d'adresse et d'habitude pour détruire une tumeur du méat par ce procédé sans qu'il s'ensuive un rétrécissement cicatriciel.

Il faut enfin beaucoup de temps et de patience pour arriver à la disparition de la tumeur. Ce procédé n'est pas plus indiqué dans le cas de tumeur finement et longuement pédiculée qu'il ne l'est dans celui de polype largement implanté sur la muqueuse urétrale.

4° Reste l'excision, certainement préférable aux procédés ci-dessus ; elle a le triple avantage de donner une guérison rapide, de faire disparaître des tissus pathologiques dans des limites et des proportions que l'on peut mesurer, de ne pas causer des désordres graves dans la suite.

Les ciseaux ou le bistouri sont les deux instruments employés d'ordinaire. Si la tumeur siège à l'entrée du canal, une petite pince tenue ouverte suffit pour maintenir le méat béant ; on pratique l'anesthésie locale avec un tampon imbibé d'une solution de cocaïne ; on attire la tumeur de façon à faire saillir le point de la muqueuse qui lui a donné naissance et que l'on enlève dans une incision elliptique circonscrivant la base d'implantation.

Dans le cas de polype circulaire, l'excision devient une opération délicate, car on peut craindre un rétrécissement post-opératoire du méat. C'est également une opération difficile, lorsque, chose cependant assez rare, la base d'implantation du polype est profondément située dans l'urètre. Dans ce cas, il faut inciser le canal, non sur sa partie inférieure, car là est implanté le polype, mais latéralement, suivant Reliquet ; sur la ligne médiane, suivant Demarquay. On procède ensuite comme il vient d'être dit.

Un petit inconvénient de ce procédé, inconvénient bien peu important, il est vrai, mais que l'on peut signaler, est l'hémorragie consécutive à l'opération. Pour l'éviter, on peut avoir recours à différents moyens.

Si la plaie est insignifiante, une légère cautérisation de surface, ou mieux la simple compression avec un tampon imbibé d'un liquide hémostatique, eau oxygénée, sérum gélatiné, la mise d'une sonde à demeure dans l'urètre, le tamponnement du vagin permettent d'obtenir une hémostase complète.

Si la plaie est plus large, si elle intéresse des plans sous-jacents à la muqueuse, la suture avec quelques fils de catgut fin amènera, de concert avec un peu de compression, en même temps qu'une réunion rapide un écoulement de sang nul.

Quels soins à donner à ces opérées ? Des soins de propreté suffisent ; les malades urinent généralement très bien et très facilement de suite après l'intervention Si la miction devenait tant soit peu douloureuse ou difficile, la mise d'une sonde à demeure ferait tout rentrer dans l'ordre.

L'excision est donc le procédé de choix dans la plupart des cas, mais elle est encore insuffisante lorsque la tumeur qu'elle a fait disparaître s'accompagnait de douleurs très vives et de phénomènes spasmodiques du côté de l'urètre. Il faut alors la faire suivre de la dilatation forcée de l'urètre sous chloroforme, procédé qui donne d'excellents résultats, et que conseille Richet; elle doit être faite avec les mandrins d'Hégar ou avec le dilatateur préputial de Thibault.

L'excision cependant ne met pas à l'abri des récidives; dans un grand nombre d'observations, on note, après ce procédé, la réapparition de nouvelles tumeurs au niveau du méat. Dans une observation publiée par Tillaux, on note six récidives dans l'espace d'une année; peut-être y en eut-il d'autres, car la malade fut perdue de vue. Toutes ces productions polypoïdes naissaient au niveau du méat. Tillaux employa sans succès tous les procédés jusqu'alors usités. Il existe dans la *Gazette médicale de Paris* une observation de Da Camin, rapportant qu'il fallut une ligature, puis consécutivement deux excisions, pour guérir une femme de vingt ans d'un polype de l'urètre. Nous pourrions ainsi citer un grand nombre d'observations, qui démontrent que les procédés énoncés sont insuffisants dans quelques cas et n'empêchent pas le retour de ces tumeurs.

Aussi lorsque l'extrémité inférieure de l'urètre a donné naissance à plusieurs productions polypoïdes, ou lorsque, en présence d'une tumeur du méat, on est porté à penser que les irrégularités, des saillies plus ou moins accusées de celui-ci, des points de la muqueuse plus vasculaires seront de nouveau le point de départ de nouvelles tumeurs, il faut renoncer à l'excision et avoir recours à un procédé qui enlève tout le mal.

Plusieurs chirurgiens, notamment M. Tillaux, ont fait le curettage de l'urètre; ils ont à la curette tranchante enlevé une partie plus ou moins étendue de la muqueuse urétrale. On s'expose ainsi à des rétrécissements cicatriciels secondaires, en outre on ne combat pas un élément important,

qui intervient dans la récidive : l'atonie, les prolapsus de l'urètre.

Nous en sommes donc amené à étudier un procédé opératoire préconisé par M. H. Delagénière, du Mans, procédé qui a le grand mérite de ne pas viser seulement la production polypoïde, mais aussi la muqueuse urétrale malade qui lui a donné naissance.

Résection de l'extrémité inférieure de l'urètre.

S'appuyant sur les données cliniques, à savoir : que presque toutes les tumeurs de l'urètre féminin siègent aux alentours du méat, que ces mêmes tumeurs apparaissent sur une muqueuse déjà altérée, prolabée primitivement ou secondairement, M. Delagénière a proposé la résection de la terminaison de l'urètre et du méat ; ainsi il arrive à donner à l'urètre sa tonicité, en même temps qu'il fait disparaître des germes de tumeurs.

Pour ces motifs, M. Delagénière emploie le procédé suivant dont il décrit lui-même la technique opératoire en ces termes :

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — La malade est placée dans la position gynécologique, on explore l'urètre : deux cas peuvent se présenter : avec les polypes du méat, il y a ou il n'y a pas de dilatation de l'urètre.

A) Il n'y a pas d'urétrocèle. — On pratique une incision en raquette, dont la boucle circonscrit le méat, et dont la queue descend sur la ligne médiane, dans la direction de l'urètre, dans une étendue de 15 millimètres environ. Le méat, puis l'urètre sont alors disséqués avec précaution et isolés. Cette dissection peut se réduire à celle de la muqueuse seule, s'il n'y a pas de déformation trop considérable de l'urètre ; dans le cas contraire, on devra disséquer plus largement et enlever toute l'épaisseur du conduit. Lorsque la dissection est terminée, on exerce sur le conduit disséqué des tractions douces et modérées, afin de se rendre compte

de l'étendue de glissement dont il est capable. Cette descente de l'urètre, comme dans le procédé de Whitehead pour les hémorroïdes, doit être suffisante pour permettre la résection de toutes les parties malades de l'urètre. Cette partie malade qui contient tous les polypes de la muqueuse prolabée, est sectionnée transversalement d'un coup de ciseaux. Il faut alors procéder à la suture de l'extrémité sectionnée de l'urètre aux bords de la plaie circulaire faite autour de l'ancien méat. On le fait aux crins de Florence ou aux catguts, quatre ou cinq suffisent à cette suture. Une fois le nouveau méat ainsi reconstitué, on termine l'opération par un ou deux points de suture sur la muqueuse vaginale incisée par la queue de la raquette au-dessous du méat.

B) Il y a de l'urétrocèle. — L'incision aura alors la forme d'un 8 à boucle inférieure très allongée et beaucoup plus considérable que la boucle supérieure. La boucle supérieure circonscrira en effet le méat urinaire tandis que la boucle inférieure devra circonscrire, même dépasser un peu, la dilatation urétrale située en amont des tumeurs et dues à ce que sous l'effort de la poussée le canal a cédé.

Le lambeau inscrit dans la boucle inférieure de l'incision sera disséqué et enlevé. Cette dissection se fera avec précaution, surtout sur la ligne médiane, pour ne pas ouvrir la dilatation de l'urètre. Lorsqu'elle sera terminée et le lambeau enlevé, on disséquera avec soin le méat et la terminaison de l'urètre. Cette dissection du conduit devra être poussée jusqu'à la dilatation de l'urètre et même empiéter un peu sur elle. A ce moment, la descente du conduit disséqué sera facile, et on verra la dilatation de l'urètre disparaître sous le tronçon. Si cette dilatation est ampullaire et si, par suite, elle ne disparaît pas complètement, rien ne serait plus simple que de pratiquer une résection elliptique suivie de suture et de continuer l'opération comme d'habitude.

Lorsque l'urètre est descendu, on résèque la partie exubérante, puis on reconstitue le méat comme dans le cas précédent. Enfin on suture le vagin comme dans la colporraphie.

On ne laisse dans aucun cas de sonde à demeure. La malade urine seule. Le huitième jour, on enlève les fils; le douzième jour, la malade est considérée comme guérie.

Après avoir exposé le manuel opératoire, montrons les conditions dans lesquelles on a opéré les malades, et les résultats qu'on a obtenus. Les observations suivantes ont été publiées dans le travail de M. Leroy, qui a dans sa thèse inaugurale exposé les idées de M. Delagénière.

Observation XCVI (Résumée).

Fillette de sept ans, présente au niveau du méat urinaire une tumeur rouge vif, saignante, grosse comme une noisette, qui la fait horriblement souffrir pendant les mictions. Autour de la tumeur principale, qui paraît pédiculée, il existe de petits mamelons rouges, visibles quand on déplace la tumeur principale. Ces tumeurs ont déjà été brûlées au thermocautère sans résultat. Après anesthésie au chloroforme, le méat est circonscrit par une incision circulaire, la muqueuse urétrale est disséquée et descendue dans une longueur de 16 millimètres environ. Les polypes sont ainsi entraînés avec la muqueuse, qui est sectionnée transversalement. On termine en fixant la muqueuse saine de l'urètre à la muqueuse du vestibule. Suites opératoires parfaites. La malade a guéri ; et cette guérison se maintient constante.

Observation XCVII (Résumée).

T..., âgée de soixante-deux ans, présente de l'incontinence d'urine et des douleurs vives pendant la miction. Elle dit souffrir depuis l'âge de quarante ans ; elle a subi sans succès un grand nombre de traitements. Cautérisations au thermocautère, au caustique de Vienne, au nitrate d'argent. Elle présente un méat entr'ouvert, déformé, à travers lequel on trouve de petits mamelons rouges d'aspect framboisé, occupant le dernier centimètre de l'urètre, les uns gros comme des pois, d'autres comme des grains de blé ; la plupart sessiles, saignent au moindre contact ; l'urine s'écoule goutte à goutte et la malade est constamment mouillée. On pratique la résection de l'extrémité inférieure de l'urètre sur une longueur de 15 millimètres. Suture. Suites normales. Disparition de l'incontinence d'urine, guérison radicale maintenue depuis.

Observation XCVIII (Résumée).

L..., âgée de soixante-trois ans; depuis deux ans a des troubles de la miction; depuis deux mois présente des crises douloureuses avec rétention d'urine. Le méat est déformé, distendu par des tumeurs polypeuses resserrées les unes contre les autres, présentant un aspect mûriforme; la sonde passe difficilement, au prix de vives douleurs. On résèque 2 centimètres de longueur de l'urètre, de façon à dépasser sûrement les parties malades. Suites excellentes et durables.

Observation XCIX (Résumée).

D..., âgée de cinquante et un ans, souffre beaucoup quand elle urine, parfois même ses mictions contiennent du sang; présente au niveau du méat une tumeur rouge, saillante, grosse comme un haricot, et pédiculée sur la partie inférieure de l'urètre. La muqueuse du conduit fait issue à travers le méat, constituant un prolapsus circulaire complet. Elle a été cautérisée au thermocautère et à l'acide chromique. Anesthésie à l'éther. Une incision circulaire est menée autour du méat, la muqueuse du conduit est disséquée et descendue; cette descente est arrêtée lorsqu'on arrive sur les parties saines; on la sectionne alors transversalement, enlevant à la fois muqueuse et tumeur. Sutures. Suites simples; guérison maintenue deux ans après.

Observation C (Résumée).

J..., âgée de quarante-deux ans, souffre beaucoup en urinant, soignée à un grand nombre de reprises différentes par des cautérisations au thermocautère, des excisions. Méat déformé; il existe des petites tumeurs framboisées et un bourrelet circulaire formé par la tumeur prolabée. Sur cette muqueuse, il existe plusieurs fissures superficielles siège de cuisson pendant la miction. On pratique une incision circulaire autour du méat; on dissèque et descend l'urètre sur une longueur de 15 millimètres; section de l'urètre, puis sutures. Suites simples; guérison parfaite et durable.

Observation CI (Résumée).

Femme de quarante-six ans, présentant de la dysurie, et une cuisson constante dans le canal. Méat déformé, distendu par des polypes de la muqueuse, la malade a subi déjà plusieurs cautérisations. On mène une incision en forme de 8, dont une boucle plus petite circonscrit le méat, et une boucle plus grande fait le tour de la dilatation ovalaire de l'urétrocèle. On incise la muqueuse vaginale circonscrite par la boucle inférieure, en prenant soin de ne pas pénétrer dans la cavité de l'urétrocèle. Puis isolant le méat, on dissèque l'urètre contenant les polypes, puis l'urétrocèle. En exerçant une légère traction sur le conduit, celui-ci s'allonge, la dilatation de l'urètre disparaît. On résèque la portion exubérante descendue et on fixe l'extrémité du conduit coupé à la muqueuse du vestibule. On finit en suturant le vagin sur la ligne médiane. Suites bonnes. Guérison complète, maintenue encore cinq ans après l'intervention.

Observation CII (Résumée).

Femme de cinquante ans, opérée onze ans auparavant, fut opérée une seconde fois ; deux fois on cautérisa au thermocautère des polypes du méat. Elle continua à souffrir en urinant. L'urétrocèle s'était reproduite, il existait des productions polypiformes au niveau du méat. On résèque l'urètre comme plus haut en faisant la colporraphie antérieure. Suites simples. Guérison complète, durable cinq ans après l'intervention.

Lorsque la tumeur est sessile, il faut combiner les différents procédés opératoires suivant les indications que donnent le volume, les dimensions, la situation de la tumeur et se rapprocher le plus près de l'excision ou de la résection de l'extrémité inférieure de l'urètre.

Indications des divers procédés opératoires.

1° On se trouve en présence, pour la *première fois,* d'une *tumeur du méat bien pédiculée,* ne s'*accompagnant pas de*

prolapsus de l'urètre, ni de spasme de l'urètre. La muqueuse est *saine*.

On peut se contenter de l'*excision*.

2o On est en présence d'une *récidive*; la muqueuse du méat est *malade*, enflammée, rouge, irrégulière, *présentant des polypes en miniature*; il existe du *prolapsus de l'urètre*, primitif, ou secondaire.

On est en droit de pratiquer la résection de l'extrémité inférieure de l'urètre suivant le procédé indiqué et réglé par M. Delagénière, du Mans.

3o Il existe du spasme de l'urètre très violent.

On recourt à la dilatation forcée, préconisée par Richet.

Nous croyons qu'en se conformant à ces règles, et en se préoccupant un peu des conditions et des indications à remplir, on met du côté de ses malades les meilleures chances.

L'excision peut être un procédé de début, d'essai.

La résection de l'urètre est le procédé de choix, car : elle rend sa tonicité à l'urètre; elle enlève le plus souvent des parties malades; elle fait disparaître une région où se trouvent tous les éléments des tumeurs de l'urètre.

En terminant ce chapitre, nous indiquerons l'analogie existant entre le procédé opératoire, que l'on emploie pour lutter contre les polypes des fosses nasales, et celui que nous préconisons aussi.

Aujourd'hui on évite plus facilement la récidive des tumeurs des fosses nasales en les enlevant largement avec la muqueuse dégénérée, qui leur a donné naissance; on combattra de même les récidives rapides des tumeurs du méat, en ayant recours au procédé de la résection de l'extrémité inférieure de l'urètre.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs de l'urètre féminin ont été l'occasion de nombreux travaux et de controverses fréquentes ; la plupart des auteurs ont eu le tort de considérer le polype du méat comme une entité anatomique bien définie et distincte. Pour nous, le polype constitue le terme de développement de tumeurs différentes.

2° Les tumeurs de l'urètre siègent presque toutes au niveau du méat et se développent aux dépens de la muqueuse ou des tissus qui constituent l'extrémité inférieure de l'urètre. Ce siège de prédilection des tumeurs est donné par les raisons suivantes :

a) Cette partie de la muqueuse offre des caractères tout spéciaux: avec ses papilles dermiques, ses glandes, ses nombreux vaisseaux, ses polypes en miniature.

b) Elle est souvent frappée d'atonie et de prolapsus.

c) Elle est soumise à de nombreuses causes d'irritation.

3° Les tumeurs du méat se développent aux dépens des tissus normaux qui entrent dans sa constitution ; toutes ces tumeurs, sessiles à leur naissance, ont une tendance à la pédiculisation plus ou moins rapide et complète. Seules, les tumeurs malignes, par suite de leur diffusion, n'ont pas de tendance à se pédiculiser ; aussi ne les avons-nous pas étu-

diées. Nous avons décrit des tumeurs types : myxomes, fibromes, tumeurs vasculaires, angiomes, névromes, papillomes, sarcomes, myomes, adénomes, kystes ; le plus souvent ces diverses formations se mêlent et s'associent pour former des tumeurs mixtes. Nous n'avons pas accepté les idées de Hutchinson, les hémorroïdes décrites n'étant en réalité que des angiomes.

4° Ces tumeurs apparaissent le plus souvent sur une muqueuse primitivement malade, sur laquelle agissent les irritations extérieures et les gênes de circulation. Les modes pathogéniques des tumeurs en particulier varient un peu avec elles, bien que soumises cependant aux grandes causes signalées.

5° Les tumeurs du méat sont, à quelques exceptions près, une affection de la vie génitale de la femme.

6° Cliniquement, elles se traduisent par des douleurs, des troubles de la miction, des troubles génitaux, des hémorragies, des phénomènes généraux. Ces symptômes ne sont pas cependant suffisants pour en faire le diagnostic, qui ne peut être formulé qu'après examen complet du méat et de l'urètre. Les types cliniques varient avec la prédominance de l'un des signes fonctionnels signalés plus haut ; quelques-unes de ces tumeurs peuvent cependant passer inaperçues.

7° Livrées à elles-mêmes, les tumeurs du méat aboutissent anatomiquement à une pédiculisation à peu près complète, et peuvent disparaître spontanément par rupture du pédicule ou sphacèle.

8° Le plus souvent avant d'en arriver là, elles déterminent du côté de l'état général et du côté des différents appareils des troubles tels qu'ils en commandent l'extirpation.

9° Le pronostic de ces tumeurs est tempéré par la facilité et la bénignité de l'intervention.

10º Aussi ces tumeurs doivent-elles être opérées. On peut employer l'excision lorsque la muqueuse n'est pas altérée, mais si les tumeurs ont récidivé déjà, si les polypes sont plus ou moins nombreux, s'ils s'accompagnent de prolapsus, on doit donner la préférence à la résection de l'extrémité inférieure de l'urètre.



BIBLIOGRAPHIE

BAURY. — Thèse de Paris 1895.

BEAUVERGER. — Thèse de Paris 1901.

BOULOUMIÉ. — *Union médicale*, 1880.

BINAUD et CHAVANNAZ. — *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1896.

BRÉCHOT. — Thèse de Paris 1897.

BUTTNER. — *Zeitschr. fur Geburst. und Gynœk.*, Bd XXVIII, p. 122.

DAUNY. — Thèse de Paris 1894.

DE BARY. — *Arch. für pathol. Anat. und Physiol.*, Berlin. 1886, CVI, 65.

DELORE. — Société des sciences médicales de Lyon, 1868.

DESNONS. — *Journal de médecine de Paris*, 1886, XI, p. 16-19.

DUBAR — *Bulletin médical du Nord*, 1889.

DUPIN. — Thèse de Paris 1873.

DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie, t. VII, 1900.

FILHOL. — *Gazette des Hôpitaux*, 1872, p. 505-514.

FLEYSSAC. — Thèse de Paris 1879.

GARNIER-MOUTON. — Thèse de Paris 1876.

GOSSELIN. — *Gazette des Hôpitaux*, 1876.

GIRALDÈS. — Société de chirurgie de Paris, 1866.

GUYON et ARNOULD. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, Paris, 1890, 490-493.

HUTCHINSON. — Encyclopédie de Holins. Traduction française, 1839, p. 65.

JONDEAU. — Thèse de Paris 1888.

LEJARS. — Leçons de chirurgie, 1893-94.

LEMOINE. — Thèse de Paris 1866.

LEROY. — Thèse de Paris 1900.

MÉNESTREZ. — Thèse de Paris 1874.

MENGUS. — *Semaine médicale*, 1885.

MORAND-RICHARD. — *France médic ale*, 1888.

ORLOFF. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, t. IV, nº 5. *Vratch*, 1900, 21.

PÉAN. — Ciiniques.
PERRAULT. — Thèse de Paris 1897.
PETIT. — Société anatomique de Paris, 1889.
POURTIER. — Thèse de Paris 1896.
POZZI. — Traité de gynécologie.
REPITON-PRENEUF. — Thèse de Lyon 1897.
REY. — *Bulletin médical du Nord*, 1868.
RICHET. — Cliniques chirurgicales.
RIZZOLI. — *Journal de médecine de Bruxelles*, 1875.
ROMANT. — Thèse de Montpellier 1882.
SERPH. — Thèse de Bordeaux 1900-1901.
SCHWARTZ. — *Semaine médicale*, Paris 1889.
TERRILLON. — *Progrès médical*, 1880.
TÉMOIN. — Société anatomique, Paris 1889.
THIEM. — *Annual of the universale medical Sciences*, 1889.
TILLAUX. — Traité d'anatomie topohraphique.
— *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, Paris, XXVII, 1889, p. 161-164.
TROQUART. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1886.
VILLAR. — *France médicale*, 1888.
WASSERMANN. — Thèse de Paris 1895.
WEISGERBEER. — Thèse de Paris 1877.
WEST and DUNCAN. —Diseases of Women 1879, p. 6141.
ZAGIELL. — *Gazette des Hôpitaux*, Paris 1865.
ZWEIFEL. — Die Frankklichen der aüsseren weiblichen genitalien, 1885, p. 85.

TABLE DES MATIÈRES

Bordeaux. — Imprimerie du Midi. P. Cassignol, 91, rue Porte-Dijeaux.